



Kompetenzen und Aufgabenbereiche von Advanced Practice Nurses auf der Notfallstation

Ein Internationaler Literaturreview

Name: Villiger, Barbara
Matrikelnummer: S03705084

Name: Grandits, Anna
Matrikelnummer: S16542789

Departement: Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: BA.PF.Dipl.16
Eingereicht am: 13. April 2018
Begleitende Lehrperson: Dr. Uta Grosse

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Darstellung des Themas	4
1.2	Relevanz für die Praxis	5
1.3	Fragestellung	6
1.4	Zielsetzung.....	6
1.5	Eingrenzung des Themas	6
2	Methode	7
2.1	Vorgehensweise	7
2.2	Literaturrecherche	7
2.3	Ein- und Ausschlusskriterien.....	9
2.4	Beurteilung der Studien	10
3	Theoretische Grundlagen.....	10
3.1	Definition zentraler Begriffe.....	11
3.2	Ann Hamrics APN-Modell	12
3.2.1	Primäre Kriterien	13
3.2.2	Direkte Klinische Praxis	14
3.2.3	Coaching und Führung	15
3.2.4	Beratung und Konsultation	15
3.2.5	Forschungsfertigkeiten	16
3.2.6	Klinisches und Professionelles Leadership	17
3.2.7	Zusammenarbeit	17
3.2.8	Ethische Entscheidungsfindung.....	18
3.2.9	Umgebungsfaktoren	18
4	Ergebnisse	19
4.1	Vorstellung der Ergebnisse	19
4.2	Synopse der Ergebnisse	27

5	Diskussion.....	29
5.1	Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen.....	29
5.2	Herstellung eines Bezugs der Ergebnisse zu Hamrics APN-Model.....	31
5.2.1	Primäre Kriterien	32
5.2.2	Direkte Klinische Praxis	33
5.2.3	Coaching und Führung	33
5.2.4	Beratung und Konsultation	34
5.2.5	Forschungsfertigkeiten	34
5.2.6	Klinisches und Professionelles Leadership	35
5.2.7	Zusammenarbeit.....	36
5.2.8	Ethische Entscheidungsfindung.....	36
5.2.9	Umgebungsfaktoren	36
6	Praxistransfer	37
7	Schlussfolgerung.....	42

Abstract

Aufgrund von demografischen Veränderungen hin zu mehr älteren multimorbiden Menschen in der Schweiz, sowie einem zunehmenden Anstieg an Notfallkonsultationen, bedarf es der Definition von Kompetenzen und Aufgabenbereichen von Advanced Practice Nurses (APNs) auf Schweizer Notfallstationen. Dies fordern Gesundheitsfachpersonen, sowie das Bundesamt für Gesundheit, um weiterhin eine hohe Versorgungsqualität im Schweizer Gesundheitssystem gewährleisten zu können. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung: Welche weltweiten Kompetenzen und Aufgabenbereiche haben Advanced Practice Nurses in Notfallstationen?

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, weltweite Kompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs in Notfallstationen zu identifizieren und daraus einen Praxistransfer für Schweizer Notfallstationen abzuleiten. Die systematische Literaturrecherche wird in den Datenbanken CINAHL, Cochrane und PubMed durchgeführt und die Ergebnisse im Rahmen des APN-Modells von Ann Hamric illustriert.

Die Ergebnisse der inkludierten Studien zeigen, dass die Hauptkompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs im Bereich der Triage, des klinischen Assessments, im Medikamentenverordnen und im Austrittsmanagement angesiedelt sind.

Schlussfolgernd wird festgehalten, dass die Ergebnisse aus der Literaturrecherche nicht eins zu eins in die Schweiz übertragbar sind. Deshalb wird vorgeschlagen eine Bedürfnisanalyse in Bezug auf APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche auf Schweizer Notfallstationen durchzuführen, sowie ein Mastercurriculum für APNs in Notfallpflege zu erörtern.

Keywords: advanced practice nurse, emergency nurse practitioner, competencies, emergency care, Hamric

1 Einleitung

1.1 Darstellung des Themas

Die Schweiz ist, mit einer starken Zunahme an Patientenkonsultationen in Notfallstationen konfrontiert. Das Obsan Bulletin weist darauf hin, dass die Zahl der Konsultationen auf Schweizer Notfallstationen von 2007 bis 2011 um 26 Prozent angestiegen ist. Dabei war, laut dem schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2013), die Inanspruchnahme-Rate von Personen in sehr hohem Alter (≥ 86 Jahre) im Vergleich zum schweizweiten Durchschnitt erheblich erhöht. Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit einer demografischen Veränderung der Schweizer Bevölkerung, welche sich durch einen stetigen Anstieg der Lebenserwartung auszeichnet. Zusätzlich erhöht sich, durch den medizinischen Fortschritt bedingt, die Komplexität der Krankheitsbilder, aber auch die Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz & Bundesamt für Gesundheit, 2012). Gleichzeitig ist, gemäss dem schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2013), in Zukunft mit einem Mangel an ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal zu rechnen. Schweizer Notfallstationen sehen sich deshalb gezwungen ihre Infrastrukturen schnellst möglich anzupassen, um künftige Patientenströme weiterhin effizient und qualitativ hochstehend bewältigen zu können. Diese organisatorische Herausforderung bedarf, laut dem schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2013), einer Weiterentwicklung der Kompetenzen von verschiedenen Gesundheitsberufen. Vor diesem Hintergrund und dem Ziel auch künftig eine optimale Versorgungsqualität gewährleisten zu können erachtet das Bundesamt für Gesundheit (2013) die Weiterentwicklung der Rollen und Profile nichtärztlicher Gesundheitsberufe, sowie die Förderung und Entwicklung neuer Versorgungsmodelle, für notwendig. Dabei spielt unter anderem die Weiterentwicklung der Advanced Practice Nurse (APN), gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (2013), eine Schlüsselrolle.

Die Geschichte der APN begann 1965 im angloamerikanischen Raum. Ein Ärztemangel, sowie eine schlechte Verteilung der Gesundheitsressourcen waren Auslöser dafür, dass Pflegefachpersonen vermehrt in der medizinischen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten eingesetzt wurden. Die daraus entstandene APN-Rolle bewährte und etablierte sich in der Folge im gesamten

angloamerikanischen Raum und hielt in den 1970er Jahren Einzug in Europa (Sheer, Kam & Wong, 2008). Seit dem Jahr 2000 kann auch in der Schweiz ein generalistischer Masterstudiengang in Pflegewissenschaften, als Voraussetzung für die Rolle der APN, wie im Jahre 2002 vom International Council of Nurses (2009) festgelegt, absolviert werden (Harris, Schuurmann, Avis & Baillieul, 2009).

Im Rahmen einer Grobrecherche zum Thema APN auf Notfallstationen konnte festgestellt werden, dass sowohl in Bezug auf deren Rolle, Berufsbezeichnung, Ausbildungsniveau, als auch bezüglich deren Kompetenzen und Aufgabenbereiche weltweit eine grosse Varianz vorherrscht (Bryant-Lukosius et al., 2015, Bundesamt für Gesundheit, 2013 & O'Connell, Gardner & Coyer, 2014). Darüber hinaus konnten keine Publikationen, welche Kompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs auf Schweizer Notfallstationen beschreiben, gefunden werden. Im Hinblick auf die Entwicklung solcher Kompetenzen und Aufgabenbereiche auf Schweizer Notfallstationen, wird von den Autorinnen vorgeschlagen eine internationale Literaturrecherche zu APN-Kompetenzen und Aufgabenbereichen in Notfallstationen durchzuführen und somit die bestehende Forschungslücke in Bezug auf APNs in Schweizer Notfallstationen, zu adressieren.

1.2 Relevanz für die Praxis

Wie in der Einleitung beschrieben wird durch die demografischen Veränderungen, sowie der steigenden Prävalenz chronischer Erkrankungen, als auch durch den Fortschritt medizinischer und technischer Möglichkeiten, künftig die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen auch in Notfallstationen weiterhin zu-, und die Anzahl des pflegerischen und ärztlichen Fachpersonals gleichzeitig abnehmen (Bundesamt für Gesundheit, 2013 & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2013). Diese Veränderungen erzeugen, laut dem Bundesamt für Gesundheit (2013) einen Wandel in den Gesundheitsberufen und führen, wie bereits in vielen anderen Ländern beobachtet werden konnte, auch in der Schweiz zu mehr Akademisierung von Pflegefachpersonen und somit zu einer Aufwertung des Pflegeberufes (Bundesamt für Gesundheit, 2013).

In Bezug auf den Einsatz von APNs in Notfallstationen konnte im systematischen Review von Wilson, Zwart, Everett und Kernick (2009) aufgezeigt werden, dass

durch APNs die Wartezeiten der Notfallaufsuchenden verkürzt und damit verbundene physische und psychische Belastungen gesenkt werden konnten. Zusätzlich beobachtete man, dass mittels der Triage durch APNs, diejenigen Notfallaufsuchenden mit dringenderem Bedarf früher von einem Arzt konsultiert wurden als bis anhin üblich.

Aufgrund dieser Anhaltspunkte besteht für die Autorinnen die Notwendigkeit, mittels einer internationalen Literaturrecherche, Kompetenzen und Aufgabenbereiche für APNs auf Schweizer Notfallstationen zu identifizieren.

1.3 Fragestellung

Aufgrund der Praxisrelevanz, sowie der bestehenden Forschungslücke, in Bezug auf mögliche Kompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs auf Schweizer Notfallstationen, resultiert folgende Fragestellung:

Welche weltweiten Aufgabenbereiche und Kompetenzen haben Advanced Practice Nurses in Notfallstationen?

1.4 Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es eine Übersicht über vorhandene Aufgabenbereiche und Kompetenzen von APNs in Notfallstationen im globalen Kontext zu erhalten und in einem weiteren Schritt Rückschlüsse für eine sinnvolle Implementierung von APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche in Schweizer Notfallstationen zu ziehen.

1.5 Eingrenzung des Themas

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf möglichen Kompetenzen und Aufgabenbereichen von APNs in Schweizer Notfallstationen. Aufgrund der grossen Varianz in Bezug auf die weltweite Umsetzung der APN-Rolle, sowie deren unterschiedliche Ausbildungsniveaus, orientieren sich die Autorinnen an der APN-Definition des International Council of Nurses (2009), welcher einen abgeschlossenen Master in Pflegewissenschaften für die Ausübung der APN-Rolle voraussetzt. Themen in Bezug auf förderliche und hinderliche Faktoren für die Ausübung von APN-Kompetenzen, sowie die Anerkennung dieser Rolle, als auch Vergleiche in der Ausführung gewisser Kompetenzen, zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal, werden im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht behandelt.

Die Bezeichnung APN wird von den Autorinnen in der vorliegenden Bachelorarbeit übergeordnet für international unterschiedliche APN-Bezeichnungen verwendet. Beim Zitieren aus den inkludierten Studien werden jedoch im Ergebnis- und Diskussionsteil die expliziten Berufsbezeichnungen der Samples, der jeweiligen Studien, verwendet.

2 Methode

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise, welche zur Bearbeitung der Fragestellung verwendet wurde, differenziert beschrieben und begründet.

2.1 Vorgehensweise

Die Bearbeitung der Fragestellung erfolgt im Rahmen einer Literatuarbeit. Im ersten Teil dieser Arbeit wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, welche zum Ziel hat den, in der Literatur beschriebenen, aktuellen Stand weltweiter APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche auf Notfallstationen zu erfassen. Zudem werden die theoretischen Grundlagen einer APN am Modell von Hamric, Hanson, Tracy und O'Grady (2014) erklärt.

Im zweiten Teil der Literatuarbeit werden die APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche des internationalen Literaturreviews differenziert beschrieben, kritisch beurteilt, sowie in einen Bezug zum APN-Modell nach Hamric et al. (2014) gesetzt und diskutiert. Im Schlussteil der Arbeit findet ein Praxistransfer der weltweiten APN-Kompetenzen und Aufgabenbereichen in Bezug auf den Einsatz von APN s in Schweizer Notfallstationen statt, zudem werden Schlussfolgerungen gezogen, sowie weiterer Forschungsbedarf zum Thema aufgezeigt.

2.2 Literaturrecherche

Mit dem Ziel wissenschaftlich fundierte Literatur zur Beantwortung der Fragestellung zu finden, wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese wird einerseits in den Datenbanken CINAHL, PubMed und Cochrane Library bewerkstelligt. Die Datenbank PubMed enthält wissenschaftliche Literatur zu medizinischen, als auch biologischen Themen, sowie Publikationen aus angrenzenden Wissenschaften. CINAHL hingegen ist eine Datenbank die

ausschliesslich pflegespezifische, sowie gesundheitswissenschaftliche Literatur publiziert, worunter auch viele englischsprachige Pflegezeitschriften fallen. Die Cochrane-Library enthält wiederum ausschliesslich systematische Reviews zu medizinischen aber auch pflegerischen Therapien. Andererseits wird ergänzend zur Datenbankrecherche zusätzlich auch eine Freihandsuche stattfinden, welche in der ZHAW-Bibliothek, sowie in Google Scholar, als auch in den Referenzangaben der inkludierten Studien erfolgt.

Der Suchzeitraum erstreckt sich von Ende September 2017 bis Mitte Dezember 2017. Für die einzelnen Aspekte der Fragestellung: Phänomen, Setting und Population, werden folgende Keywords, für die systematische Literaturrecherche festgelegt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Deutsche und englische Keywords

	Keywords deutsch	Keywords englisch	Truncations
Population	APN Advanced Practice Nurse	APN advanced practice nurse	advanced practice nurs*, APN*
		APRN advanced practice registered nurse	advanced practice registered nurs*, APRN*
		ANP advanced nurse practitioner	advanced nurse practitioner*, ANP*
		NP nurse practitioner	nurse practitioner*, NP*
Phänomene	Kompetenzen	competencies	competenc*
	Aufgabenbereich	scope of practice	scope*
Setting	Notfallstation	emergency care	emergenc*
		acute care	

Die Keywords, beziehungsweise Truncations werden mittels den Booleschen Operatoren AND und OR kombiniert (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Einsatz der Booleschen Operatoren

OR			OR			OR		
			AND			AND		
advanced practice nurs*, APN*			competenc*			emergenc*		
advanced practice registered nurs*, APRN*			scope*			acute care		
advanced nurse practitioner*, ANP*								
Nurse practitioner*, NP*								

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Einbezogen in den Literaturreview werden Studien, welche Kompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs in Notfallstationen thematisieren, im Volltext verfügbar und in Deutsch oder Englisch verfasst wurden. Zusätzlich einbezogen werden Studien, welche vor weniger als 20 Jahren publiziert und ein qualitatives, oder quantitatives Forschungsdesign aufweisen. Darüber hinaus sollen die APNs der Samples, gemäss der Definition des International Council of Nurses (2009), über einen Master in Pflegewissenschaften verfügen.

Ausgeschlossen werden Studien, welche sich nicht auf Kompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs in Notfallstationen beziehen, nicht im Volltext verfügbar sind und nicht in Deutsch oder Englisch verfasst wurden. Ebenso werden keine Studien eingeschlossen, welche vor mehr als 20 Jahren publiziert, oder welche weder ein qualitatives, noch quantitatives Forschungsdesign aufweisen. Des Weiteren werden Studien ausgeschlossen, welche in ihrem Sample nicht über APNs mit einem Master in Pflegewissenschaften verfügen sollten.

Ein Flowchart zum detaillierten Suchverlauf kann im Anhang 1 eingesehen werden.

2.4 Beurteilung der Studien

Die eingeschlossenen Studien werden in einem ersten Schritt entsprechend den Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung für quantitative oder qualitative Studien des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris & Preusse-Bleuler (2015) zusammengefasst. In einem zweiten Schritt erfolgt die kritische Würdigung der Studien, welche entlang der AICA-Leitfragen zur systematischen Würdigung für quantitative oder qualitative Studien getätigt wird. Für eine übersichtliche Darstellung der Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien werden die AICA-Hilfstabellen, welche in vier Spalten mit den Überschriften: Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion gegliedert sind und somit den klassischen Gliederungspunkten wissenschaftlicher Publikationen entsprechen, verwendet. Im Anschluss daran findet die Güte-Einschätzung der Studien statt. Dabei werden für die quantitativen Studien die Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität und Validität, nach Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Mayer (2008) verwendet. Für die Güte-Einschätzung der qualitativen Studien werden die Gütekriterien von Lincoln & Guba (1985) verwendet, welche unter dem Oberbegriff der Trustworthiness (Vertrauenswürdigkeit) zusammengefasst wurden und aus den folgenden Einzelkriterien bestehen: Confirmability (Bestätigung), Dependability (Zuverlässigkeit), Credibility (Glaubwürdigkeit) und Transferability (Übertragbarkeit). Schliesslich findet noch die Einschätzung des Evidenzlevels der einzelnen Studien statt, welche mittels 6 S Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009) erfolgt (Ris & Preusse-Bleuler, 2015).

Die Zusammenfassungen der inkludierten Studien, sowie deren umfassende kritischen Würdigungen werden im Anhang 5 aufgeführt.

3 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden vier zentrale Begriffe aus der Fragestellung definiert und im Anschluss daran werden, zum besseren Verständnis der APN-Thematik, die theoretischen Grundlagen einer APN am Modell nach Hamric et al. (2014) differenziert beschrieben.

3.1 Definition zentraler Begriffe

Nachfolgend sind die Definitionen der vier zentralen Begriffe aus der Fragestellung positioniert.

Advanced Practice Nurse

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), definiert APN, basierend auf der Definition des International Council of Nurses (2009), wie folgt (SBK/ASI, Swiss ANP, VfP & IUFRS, 2012):

Eine Pflegeexpertin APN ist eine registrierte Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung. (S. 3)

Notfallstation

Die Definition einer Notfallstation wird vom schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2013), wie folgt festgehalten:

Die Notfallstationen bilden ein Tor zum Versorgungssystem bzw. zu den Spitälern. Sie sind an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr in Betrieb, befinden sich meist in den urbanen Zentren und zeichnen sich durch einen niederschweligen Zugang aus. Obschon die Notfallstationen eigentlich auf lebensbedrohliche Notfälle ausgerichtet sind, nehmen sie – mangels allgemein gültiger Definition für Notfälle – jede Patientin und jeden Patienten auf. (S. 1)

Aufgabenbereich (Scope of Practice)

Der Aufgabenbereich umfasst Tätigkeiten, welche spezifisch für eine Berufsgruppe definiert sind und durch diese kompetent übernommen werden können (Weinert, 2001).

Laut der American Nurses Association, wird der Scope of Practice, in dieser Weise definiert: «Scope of practice describes the services that a health professional who is educated / trained and deemed competent to perform; and for some professions,

depicts under what conditions the services may be delivered.» (American Nurses Association, am 12.10.2017).

Kompetenzen (Competencies)

Der deutsche Psychologe Weinert (2001) definierte das Wort Kompetenzen als kognitive Fertigkeiten und Fähigkeiten, welche jedes Individuum erlernen kann, oder aber verfügbar sind. Diese Kompetenzen werden schliesslich dazu eingesetzt, um bestimmte Probleme zu lösen. Zudem können diese Fertigkeiten und Fähigkeiten in verschiedenen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll genutzt werden.

Im Englischen wurde das Wort Competencies in einem sehr ähnlichen Sinne durch die National Nursing Research Unit (NNRU) definiert: «Competence is defined as a generic quality referring to a person's overall capacity and competency refers to specific capabilities such as leadership, which are made up of knowledge, attitudes and skills.» (National Nursing Research Unit, 2009, S. 1).

3.2 Ann Hamrics APN-Modell

In Bezug auf die Kompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs orientieren sich die Autorinnen am APN-Modell nach Hamric et al. (2014), welches in diesem Abschnitt vorgestellt und visualisiert wird (siehe Abbildung 1). Dieses Modell beschreibt primäre Kriterien, die Zentralkompetenz und sechs Kernkompetenzen einer APN, sowie wesentliche Umgebungsfaktoren, welche die Tätigkeiten der APN beeinflussen (Hamric et al., 2014).

Abbildung 1. APN-Modell nach Hamric

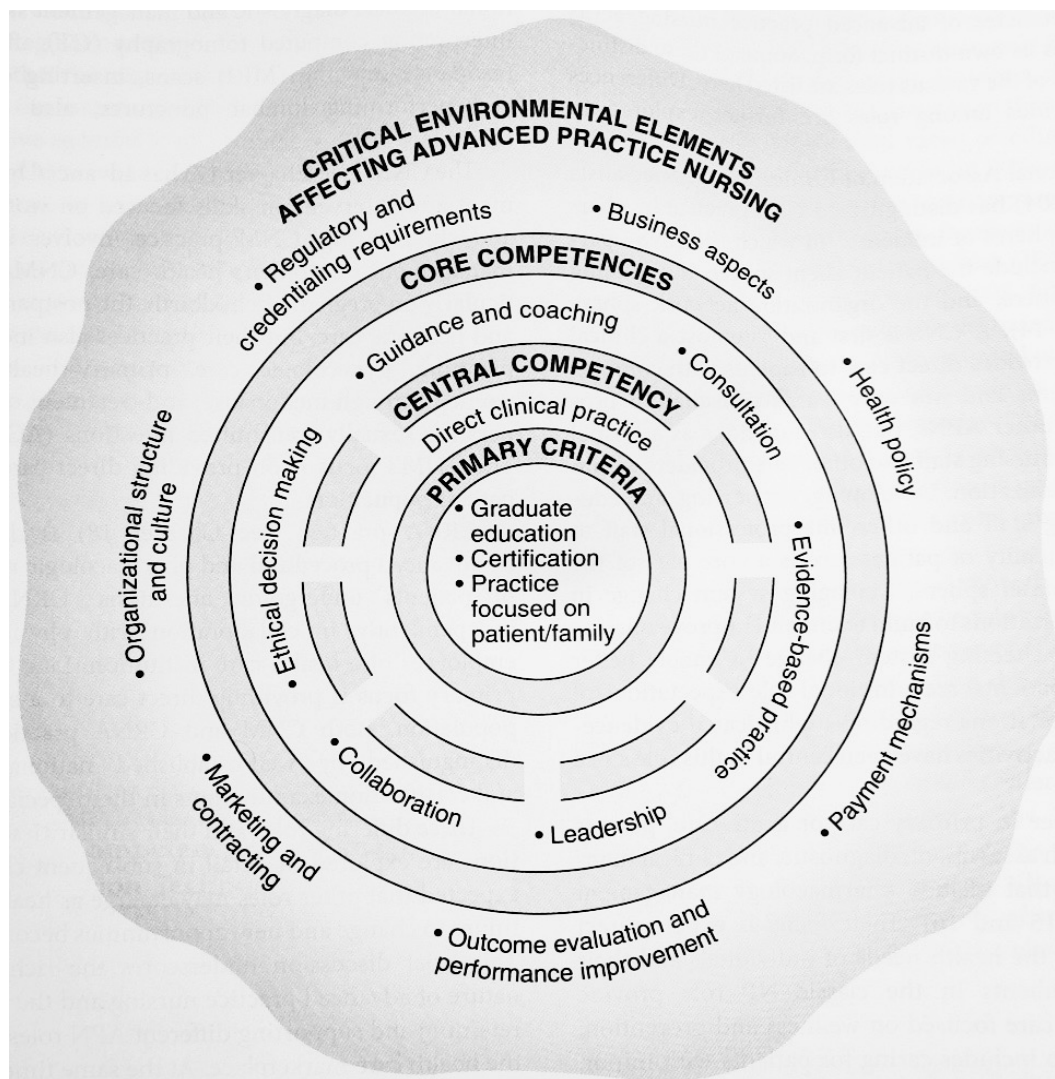


Abbildung 1. Das Lichtbild stammt aus Hamric et al. (2014).

3.2.1 Primäre Kriterien

Hamric et al. (2014) formulierten Voraussetzungen für die Tätigkeit einer APN, welche sie als primäre Kriterien im APN-Modell festhielten. Dazu gehört neben einem Master in Pflegewissenschaften, auch eine klinische Spezialisierung mit Zertifikatsabschluss in einem medizinisch-pflegerischen Fachgebiet oder in Bezug auf eine spezifische Erkrankung, als auch die Fokussierung ihrer Praxistätigkeiten auf Patientinnen und Patienten, sowie deren Familien. Das APN-Modell nach Hamric et al. (2014) stützt sich auf diese primären Kriterien und baut darauf die Zentralkompetenz und schliesslich die sechs Kernkompetenzen auf.

Bezugnehmend auf das Notfallsetting müssten APNs demnach einen Master in Pflegewissenschaften, sowie eine Spezialisierung in notfallspezifischen Pflegeschwerpunkten aufweisen. Diese könnte im Rahmen einer Vertiefung in pädiatrischer bis geriatrischer Notfallpflege oder im Rahmen der professionellen Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Notfallpatientinnen und -Patienten, sowie deren Angehörigen stattfinden. Die Fokussierung der Praxistätigkeiten auf die Patientinnen und Patienten, sowie auf deren Angehörige, wäre zudem im Rahmen der praktischen Tätigkeit als APN in einer Notfallstation gegeben.

3.2.2 Direkte Klinische Praxis

Die Exzellenz in der direkten klinischen Praxis wird von Hamric et al. (2014) als Zentralkompetenz definiert. Sie bildet die Grundlage für die sechs Kernkompetenzen und ermöglicht in Kombination mit einer spezifischen Fachexpertise eine professionelle Begleitung, Beratung und Unterstützung von Betroffenen und deren Familien in differierten Settings. Damit individuelle und zielgerichtete Pflegeinterventionen eingeleitet werden können, führen APNs, im Rahmen dieser Kompetenz, vertiefte klinische Assessments durch, woraus sie pflegerische Probleme ermitteln und Therapieziele ableiten können. Aus den individuellen Zielen erarbeiten APNs im multiprofessionellen Team differenzierte Behandlungs- und Pflegepläne, leiten daraus Pflegeinterventionen ab, evaluieren diese kontinuierlich und nehmen bei Bedarf Änderungen vor (Hamric et al., 2014).

In Notfallstationen könnten APNs beispielsweise die Triage bei Patientinnen und Patienten, durch den Einsatz von validen und reliablen Assessmentinstrumenten, differenzierter bewerkstelligen. Dadurch könnten individuelle und gezielte Therapien schneller eingeleitet, Notfallsituationen frühzeitig erkannt und differenziert begründet werden. Zusätzlich existierte ein hoher Bedarf in der Optimierung der Organisation und Informationsweitergabe zwischen Notfallstationen und spitalexternen Versorgungsnetzen. Ein zusätzlich wichtiger Pfeiler dieser Kernkompetenz im Setting der Notfallstation, stellt zudem die kontinuierliche Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit dar, welche zugleich einer der sechs APN-Kernkompetenzen entspricht (Hamric et al., 2014).

3.2.3 Coaching und Führung

Unter Coaching und Führung verstehen Hamric et al. (2014), die Fähigkeit von APNs einzelne Individuen, deren Angehörige aber auch Pflegefachpersonen oder ganze Pflgeteams in deren Entwicklung zu unterstützen und zu fördern, mit dem Ziel bessere Outcomes für die Patientinnen und Patienten zu erzielen.

Auf Notfallstationen könnten APNs Pflegefachpersonen und Pflgeteams unter anderem im Aneignen von notfallspezifischem Pflegefachwissen, sowie im Erlernen und Vertiefen diesbezüglicher Fertigkeiten bestärken und unterstützen.

Im Hinblick auf die Austrittsplanung könnten APNs mittels spezifischer Assessmentinstrumente, die Ressourcen ihrer Patientinnen und Patienten, sowie derer Angehörigen professionell einschätzen und daraus individuell adaptierte Patientenedukationsgespräche planen, sowie durchführen. Vor diesem Hintergrund würde durch APNs das Symptom- und Selbstmanagement der Notfallaufsuchenden und deren Angehörigen vor dem Austritt gezielt gefördert, damit diese zu Hause über genügend Sicherheit im Umgang mit neuen Therapien verfügten.

3.2.4 Beratung und Konsultation

Diese Kernkompetenz umfasst nach Hamric et al. (2014) die Beratung von Individuen, deren Angehörigen aber auch von Pflegefachpersonen, Pflgeteams, sowie Personen aus anderen Gesundheitsberufen, in komplexen oder neuen Pflegesituationen. Hierzu verfügen APNs über pflegespezifisches und evidenzbasiertes Fachwissen und ziehen bei Bedarf die Ressource des interdisziplinären Teams hinzu. Zusätzlich befähigen APNs Pflegefachpersonen dazu, deren Kompetenzen fortlaufend zu erweitern und zu festigen. Dafür interagieren sie mit allen beteiligten Personen und sind fähig, die jeweils andere Perspektive einnehmen zu können.

Die Kernkompetenz der Beratung und Konsultation hat zum Ziel, dass APNs das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, sowie das Selbstmanagement von Pflegefachpersonen oder Pflgeteams, als auch von Personen aus anderen Gesundheitsberufen, Institutionen oder Gremien, in Bezug auf pflegespezifische Fragestellungen aber auch hinsichtlich der Gesundheitsförderung stärken (Hamric et al., 2014).

Praxisbeispiele für diese APN-Kernkompetenz auf Notfallstationen könnten in der Durchführung von Supervisionen oder von interdisziplinären Fallbesprechungen liegen. Zusätzlich könnten APNs gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörigen, sowie auch mit dem multiprofessionellen Team, Therapiepläne evaluieren und bei Bedarf individuell anpassen. Darüber hinaus könnten APNs auf Notfallstationen zudem in unterschiedlichste Projekte eingebunden werden, da sie sich differenziert und fachlich fundiert einbringen und organisieren können.

3.2.5 Forschungsfertigkeiten

Die Forschungsfertigkeiten von APNs nach Hamric et al. (2014) umfassen verschiedene Teilbereiche. APNs benennen dringenden Forschungsbedarf in ihrem Fachgebiet und evaluieren Pflegestandards oder –Richtlinien auf deren Validität. Wird von APNs ein dringender Forschungsbedarf festgestellt, wird dieser der Thematik und Wichtigkeit entsprechend, bearbeitet. Hierzu wird Fachliteratur systematisch recherchiert und kritisch gewürdigt.

APNs erstellen in intra- und interdisziplinärer Zusammenarbeit Standards und Pflegeleitlinien und werden zur Erarbeitung von Behandlungspfaden hinzugezogen. Sie verfügen über die Kompetenz das evidenzbasierte Fachwissen im interdisziplinären Austausch einfließen zu lassen. Ebenso wird von APNs erwartet, dass sie sich aktiv an pflege- und fachspezifischen Projekten beteiligen, Weiterbildungen, sowie Kongresse besuchen und beispielsweise auch an Gremien, welche dem zugehörigen Fachgebiet entsprechen, beiwohnen (Hamric et al., 2014).

APNs könnten in Notfallstationen dringenden Forschungsbedarf erfassen und eine systematische Literaturrecherche oder falls indiziert gar eine eigene Studie zum Thema durchführen und relevante Ergebnisse, sofern indiziert, auch im multiprofessionellen Team thematisieren. Ebenso könnten APNs im Rahmen ihrer Forschungsfertigkeiten pflegespezifische oder disziplinübergreifende Standards auf Notfallstationen validieren. Zusätzlich könnten Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörige, im Rahmen der Patientenedukationen, von APNs mit spezifischem, evidenzbasiertem Schulungs- und Informationsmaterial versorgt werden.

3.2.6 Klinisches und Professionelles Leadership

Die Führungskompetenz einer APN kann, laut Hamric et al. (2014), in vier Bereiche unterteilt werden. Die Übernahme der fachlichen Führung in der direkten Praxis bei spezifischen Patientengruppen oder aber in verschiedenen, komplexen Situationen. APNs sollen zudem die Mitarbeitenden motivieren und deren Leistungsfähigkeit fördern. Beispielsweise werden Minischulungen für interessierte Pflegefachpersonen in einem Spezialbereich angeboten, oder Mitarbeitende können Vorschläge für Weiterbildungen machen, welche von APNs organisiert werden. Diese Massnahmen werden jederzeit unter dem Aspekt der Befähigung von Mitarbeitenden eingeleitet. Des Weiteren übernehmen APNs die Führung innerhalb der Berufsorganisation oder innerhalb des Gesundheitssystems, sowie auch in der Gesundheitspolitik. Pflegespezifische Betreuungsempfehlungen werden durch APNs, sowohl im intra-, wie auch im interprofessionellen Behandlungsteam abgegeben (Hamric et al., 2014).

Im Setting einer Notfallstation könnte dies beispielsweise bedeuten, dass APNs autonom das Verlegungsmanagement komplexer Patientinnen und Patienten übernehmen und die weiterbetreuende Pflegeabteilung differenziert, bezüglich der Patientensituation, informieren und instruieren.

3.2.7 Zusammenarbeit

APNs arbeiten ziel-, zweck- und ergebnisorientiert mit den betroffenen Personen, deren Angehörigen, mit Berufskollegen, sowie mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam oder mit der Berufsorganisation zusammen. Sie verfügen über die Kompetenz in Gesprächen mit einzelnen Individuen, deren Präferenzen für die Zusammenarbeit, sowie im Behandlungsprozess, wahrzunehmen und entsprechende Schritte einzuleiten. APNs haben zudem oftmals den Überblick über den gesamten Behandlungsprozess und koordinieren die Kommunikation, sowie den Austausch zwischen den involvierten Personen und Disziplinen. Ebenso nutzen APNs gezielt die Ressourcen der einzelnen Berufsgruppen, um eine bestmögliche Behandlungsqualität für Betroffene und deren Angehörige zu erzielen (Hamric et al., 2014).

Die Kernkompetenz der Zusammenarbeit findet zudem, laut Hamric et al. (2014), meist parallel zum Ausführen anderer Kompetenzen statt. Deshalb kann dieser Kernkompetenz im dynamischen und multiprofessionellen Setting einer

Notfallstation, eine wichtige Rolle zugeschrieben werden. Die Notfallstation stellt per se einen Bereich dar, in welchem sich stabile und instabile Gesundheitssituationen sehr schnell abwechseln können, und wo verschiedene Disziplinen eng zusammen agieren und sich aufeinander verlassen können müssen. Diesbezüglich könnten APNs auf Notfallstationen beispielsweise einen interdisziplinären Kurzrapport initiieren, welcher einmal pro Schicht durchgeführt, und in welchem der aktuelle Stand in Bezug auf Therapien und Untersuchungen der Notfallpatientinnen und Patienten besprochen würde. Hierbei könnte sowohl der ärztliche, als auch der pflegerische Dienst bei Bedarf Unterstützung anfordern oder es könnten gegenseitig Fragen gestellt und geklärt werden. Aufgrund eines solchen Rapportes würde eine interdisziplinäre Transparenz geschaffen, welche einer konstruktiven Zusammenarbeit zusätzlich dienlich wäre.

3.2.8 Ethische Entscheidungsfindung

APNs verfügen über die Kompetenz ethische Dilemmata, Konflikte und Problemstellungen frühzeitig zu erkennen und aktiv anzugehen. Hierzu wird der ethische Entscheidungsfindungsprozess eingeleitet und in Anwesenheit aller involvierten Personen differenziert angewendet. Des Weiteren sollen APNs ihr Expertenwissen in den Praxisalltag transferieren und anderen Pflegefachpersonen bei Bedarf Unterstützung anbieten (Hamric et al., 2014).

In Notfallstationen thematisierten APNs im Rahmen dieser Kernkompetenz beispielsweise das Berücksichtigen von Patientenverfügungen, registrierten potenzielle Opfer von physischer und psychischer Gewalteinwirkung, achteten auf verständliche Informationsweitergabe, gegebenenfalls unter Einbezug von Dolmetschern. Zusätzlich sensibilisierten sie auch das multiprofessionelle Team, in Bezug auf weitere ethischen Fragestellungen und Dilemmata.

3.2.9 Umgebungsfaktoren

Advanced Practice Nursing findet in einem komplexen, dynamischen Umfeld statt, deshalb benötigen APNs zusätzlich zu erweiterten fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, auch das Verständnis in Bezug auf verschiedene Vorgänge in der Gesundheitspolitik und in Gesundheitsorganisationen. Sie müssen sich mit Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochstehende Pflege auseinandersetzen und herausfinden, wie diese positiv beeinflusst werden können. Ihre Pflegepraxis soll

bedürfnisgerecht, aber auch kosteneffektiv sein und an aktuelle Bedingungen im beruflichen Setting angepasst werden. Wichtig ist auch, dass sich APNs für die Rahmenbedingungen ihrer Berufstätigkeit engagieren und vernetzen. APNs brauchen ein unternehmerisches Denken. Dies kann gelingen, wenn sie Angebote bedürfnisorientiert aufbauen, eng mit Partnern im Gesundheitswesen zusammenarbeiten und sich für die Finanzierbarkeit ihrer Dienstleistung einsetzen (Hamric et al., 2014).

Um dem Notfallsetting zusätzlich gerecht zu werden, müssten APNs in Notfallstationen auch zusätzlich in den genannten Punkten geschult und vernetzt sein.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden weltweite APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche in Notfallstationen, welche aus den inkludierten Studien hervorgehen, differenziert beschrieben und mittels Synopse zusammenfassend illustriert.

4.1 Vorstellung der Ergebnisse

Die aus dem internationalen Literaturreview hervorgegangenen Aufgabenbereiche und Kompetenzen von APNs in Notfallstationen werden im folgenden Abschnitt veranschaulicht und tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3*Übersicht über die sieben eingeschlossenen Studien*

Referenz	Titel	Design und Methode	Evidenzlevel
Wolf et al. 2017 USA	The experience of advanced practice nurses in US emergency care settings.	Exploratives Mixed-Method Design strukturierter Fragebogen Fokusgruppeninterviews	1
O'Connell et al. 2014 Australien	Profiling emergency nurse practitioner service. An interpretive study.	Interpretatives, induktives Design Semistrukturierte Einzelinterviews	1
McConnell et al. 2013 England	Emergency nurse practitioners' perceptions of their role and scope of practice: Is it advanced practice?	Übersichtsstudie strukturierter Fragebogen offene und geschlossene Fragen	1
Fotheringham et al. 2011 Schottland	The evolution of the role of the emergency nurse practitioner in Scotland: a longitudinal study.	Längsschnittstudie Ersterhebung 1998 Strukturierter Fragebogen	1
Campo et al. 2008 USA	Nurse practitioners performing procedures with confidence and independence in the emergency care setting	Querschnittstudie Deskriptives Design Online-Fragebogen	1
Ramirez et al. 2006 USA	Developing nurse practitioner treatment competencies in emergency care settings.	Querschnittstudie Deskriptives Design Schriftlicher Fragebogen	1
Considine et al. 2006 Australien	Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department	Kohortenstudie Prospektives exploratives Design Datensammlung mit professionellem Journal	1

Wolf, Delao, Perhats, Moon und Carman (2017) identifizierten die Rolle der APRNs in Notfallstationen in den USA und evaluierten deren derzeitige Praxiskompetenzen. Das Sample, bestehend aus Nurse Practitioners (NPs) und Clinical Nurse Specialists (CNS') verfügte, in dieser explorativen Mixed-Method Studie, ausschliesslich über einen Master- oder Dokortitel in Pflegewissenschaften.

Wolf et al. (2017) erfassten ihre Daten mittels Fokusgruppeninterviews mit CNS' und NPs (n=21), sowie schriftlichen Umfragen (n=147). Dabei wurden 22 direkte und 18 indirekte Pflegekompetenzen verifiziert. Der Begriff der direkten Pflegekompetenz wurde für Tätigkeiten verwendet, welche mit direktem Patientenkontakt in Verbindung standen. Indirekte Pflegekompetenzen beinhalteten Tätigkeiten, welche mit dem weiterführenden Management rund um Notfallpatientinnen und -Patienten zu tun hatten.

Die durch Wolf et al. (2017) am häufigsten identifizierten direkten Praxistätigkeiten waren; die Triage der Notfallaufsuchenden, das klinische Assessment, die Dokumentation der Anamnese, sowie das Verordnen von Laboruntersuchungen inklusive derer Interpretation. Im Anhang 2 sind weitere direkte Praxistätigkeiten aufgelistet. Zusätzlich wurde in der Studie erwähnt, dass physiologisch instabile Gesundheitszustände bei Patientinnen und Patienten, eher selten in den Kompetenzbereich von NPs oder CNS' gehörten, da sie diesbezüglich zu wenig geschult waren. Hinsichtlich der indirekten Pflegekompetenzen erwähnten die Studienteilnehmenden, beispielsweise die interdisziplinäre Zusammenarbeit, das stationsübergreifende Management, Schulungen und Beratungen von Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörigen.

Aufgrund der Ergebnisse konkludierten Wolf et al. (2017), dass CNS' und NPs in den USA verschiedene Rollen in Notfallstationen einnahmen. Ebenso konnten viele Praxiskompetenzen aufgezeigt werden, welche jedoch eine grosse Variabilität bezüglich der Häufigkeit der Durchführung, sowie deren autonome Ausführung durch NPs oder CNS' aufwiesen.

Im Rahmen eines interpretativen Forschungsdesigns untersuchten O'Connell et al. (2014) den Aufgabenbereich von Emergency Nurse Practitioners (ENPs) in Australiens Notfallstationen und entwickelten daraus das Interpretive-Framework-Modell. Dieses Modell basiert auf drei notfallspezifischen Praxismodi, welche durch

das Element der Zusammenarbeit verbunden sind. Zum Ausbildungsniveau des ENP-Samples (n=20) wurden in der Studie keine Angaben getätigt.

Der erste Praxismodus war geprägt von akuter Aufmerksamkeit und Schnelligkeit der ENPs und umfasste Sofortmassnahmen im Zusammenhang mit akuter Lebensbedrohung bis hin zu nicht lebensbedrohlichen Gesundheitssituationen.

Diesbezüglich stand für ENPs die sofortige Einschätzung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten, das Priorisieren derer, sowie das Delegieren weiterführender Aufgaben im Vordergrund. Konzeptionelle Themen darin waren: die Triage, das Behandeln von priorisierten Patientinnen und Patienten, sowie das Stabilisieren des instabilen Gesundheitszustandes in Notfallsituationen.

Der zweite Praxismodus beinhaltete vertiefte und fokussierte Tätigkeiten durch ENPs. Beispiele hierfür waren; das Verordnen und Verabreichen von Medikamenten, das Durchführen eines vertieften klinischen Assessments, mit dem Ziel einer systematischen Diagnosestellung, sowie das Überwachen und Evaluieren der eingeleiteten Behandlungen. Im dritten Praxismodus übernahmen ENPs das Austritts- und/oder Verlegungsmanagement. Hierzu wurden umfassende Beurteilungen und Vorbereitungen der Patientinnen und Patienten, mit dem Fokus auf deren Ressourcen und Fähigkeiten, getätigt. Die Patientinnen und Patienten sollten nach der Entlassung oder nach der Verlegung optimal versorgt und informiert sein. Zusätzlich verfassten ENPs Austrittspapiere, verfassten Spitexanmeldungen, verschrieben Medikamente und führten mit dem Betroffenen und deren Angehörigen individuelle Patientenedukationsgespräche durch, mit dem Ziel deren Selbstmanagement zu fördern.

Abschliessend diskutierten O'Connell et al. (2014), dass der komplexe Aufgabenbereich von ENPs nicht ausschliesslich durch einzelne Kompetenzen definiert werden könnte und künftig den kritischen und analytischen Fähigkeiten der Pflegefachpersonen bezüglich der Entscheidungsfindung vermehrt Rechnung getragen werden müsste.

Zusätzlich wurde vorgeschlagen, dass die Rolle der ENP, sowie deren Kompetenzen, auf der Grundlage des Interpretive-Framework-Modells, sowie unter Berücksichtigung des von den USA vorgeschlagenen APN-Kompetenzen-Kataloges, als auch in Zusammenarbeit mit weiteren internationalen Berufsverbänden und Forschungsteams, gemeinsam vorangetrieben und entwickelt werden könnte.

McConnell, Slevin und McIlfatrick (2013) versuchten den Umfang der ENP-Rolle im Vereinigten Königreich zu erfassen und daraus spezifische Kriterien für die ENP-Rolle, sowie für deren Ausbildung ableiten zu können. Das Ziel der Studie war es, ein ENP-Profil zu definieren, welches dem einer ANP mit einem Master in Pflegewissenschaften gleichkommt. Beschreibungen zum Ausbildungsniveau des ENP-Samples (n=42) sind in der Studie nicht enthalten.

Laut McConnell et al. (2013) übernahmen ENPs Tätigkeiten, welche über den normalen Aufgabenbereich einer Pflegenden auf einer Bettenstation hinausgingen. Dabei berichteten rund 98 Prozent der ENPs, dass sie nach sogenannten Protokollen und Standards arbeiteten, welche lediglich von einer Minderheit als Bereicherung empfunden wurde. Mehr als 54 Prozent beschrieben zudem, dass ihre ENP-Rolle zusätzliche Aufgaben beinhaltete, wie das Übernehmen der Schichtleitung oder Aufgaben der Stationsleitung. Rund 98 Prozent hatten die Befugnis Röntgenbilder anzuordnen und 93 Prozent durften diese weiterführend autonom interpretieren. Schätzungsweise 90 Prozent der ENPs verordneten Medikamente angepasst an verschiedene Situationen; zu 79 Prozent orientierten sie sich an Patientengruppenstandards und zu sieben Prozent benötigten sie zusätzlich eine ärztliche Unterschrift. Etwas mehr als 19 Prozent der ENPs hatten die Befugnis Medikamente autonom verordnen zu dürfen, da sie einen Medical Prescribing Course (ärztlicher Verschreibungskurs) absolviert und zudem vom Krankenhaus oder Departement die diesbezügliche Befugnis erhalten hatten.

Weitere Kompetenzen, welche von ENPs in der klinischen Tätigkeit übernommen wurden, waren: die telefonische Triage, das physische Assessment, das Erheben der Anamnese, das Anordnen und Interpretieren von Labortests, sowie das Erstellen von Differenzialdiagnosen. Zudem wurde das Erkennen und gezielte Überweisen von akuten Gesundheitszustandsverschlechterungen, als auch das Evaluieren der Wirksamkeit der eingeleiteten Behandlungen, sowie das Durchführen von Patientenedukationen, oder auch das Überweisungs- und Austrittsmanagement der Notfallpatientinnen und -Patienten zu den ENP-Kompetenzen gezählt. Ungefähr 86 Prozent der ENPs verneinten in ausserbetrieblichen Organisationen, im Rahmen einer Advanced Practice Rolle, tätig zu sein. Des Weiteren gab es keine ENP, welche einer politischen Tätigkeit nachgegangen wäre.

Bezugnehmend auf das Studienziel hielten McConnell et al. (2013) fest, dass die klinische Tätigkeit mehr als 81 Prozent der gesamten ENP-Tätigkeiten ausmachte. Andere Teilrollen, wie beispielsweise die Fachexpertenrolle, das Ausbilden und Schulen von Teamkolleginnen und -kollegen, die Forschungstätigkeit, sowie das Führen und Managen, wurden nur zu einem sehr geringen Prozentanteil durch die ENPs ausgeführt. Dennoch wurde resultierend aus den Ergebnissen konkludiert, dass viele ENPs über die notwendigen Qualifikationen verfügten, erweiterte Kompetenzen autonom ausführen zu können, diese aber aufgrund von betrieblichen Hindernissen und Kontrollen nicht autonom praktiziert werden durften.

Fotheringham, Dickie und Cooper (2011) veröffentlichten die Längsschnittstudie: The evolution of the role of the Emergency Nurse Practitioner in Scotland: a longitudinal study. Forschungsgegenstand dieser Studie war die Beobachtung der Entwicklung der ENP Rolle in Schottlands Notfallstationen, welche im Rahmen von zwei Querschnitterhebungen im Jahr 1998 und im Jahr 2009 durchgeführt wurde. Im Sample der Zweiterhebung verfügten weniger als fünf Prozent der ENPs über einen Master in Pflegewissenschaften. Gegen 67 Prozent verfügten über ein ENP-Kurs oder besaßen andere Pflegeberufsabschlüsse.

Fotheringham et al. (2011) zeigten auf, dass ihre ENPs (n=62) im Jahr 2009 in den meisten inkludierten schottischen Notfalldepartementen (n=55) eine Doppelfunktion innehatten, indem sie des Öfteren zusätzlich die Rolle der Stationsleitung übernahmen. Nur in einem Fünftel der Departemente wurden die ENPs ausschliesslich ihrer Funktion entsprechend eingesetzt. Schottische Krankenhäuser verfügten im Jahr 2009, laut Fotheringham et al. (2011), zudem über Pflegerichtlinien für Patientengruppen, welche es den ENPs erlaubte herauszulesen, welche Patientinnen und Patienten sie unter welchen Bedingungen, wie behandeln durften. 80 Prozent der ENPs durften zusätzlich Röntgenbilder anordnen, wobei 73 Prozent diese zusätzlich autonom interpretieren durften. 26 Prozent der ENPs erhielten eine spezifische Ausbildung, damit sie Medikamente autonom verordnen durften. 63 Prozent durften Medikamente nur nach Pflegerichtlinien für bestimmte Patientengruppen verordnen und bei 11 Prozent der ENPs fiel das Verschreiben von Medikamenten weiterhin in den ärztlichen Kompetenzbereich.

Weitere direkte klinische Tätigkeiten, die gemäss Fotheringham et al. (2011), von ENPs ausgeführt wurden, stellten die Behandlung spezifischer Verletzungen und das Therapiemanagement von nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankungen dar und sind im Anhang 2 differenzierter einsehbar.

Fotheringham et al. (2011) konkludierten aus ihren Ergebnissen, dass die ENP-Rolle in Schottland sehr fortschrittlich sei, dennoch seien die Richtlinien bezüglich der rollenspezifischen Kompetenzen für ENPs, welche 2006 in Schottland eingeführt wurden, zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht genügend ausgereift gewesen.

Campo, McNulty, Sabatini und Fitzpatrick (2008) befassten sich mit dem Studienziel, klinische Tätigkeiten von NPs in Notfallstationen in den USA zu beschreiben.

Zusätzlich wurden Aspekte der Häufigkeit, sowie der Selbstsicherheit in der Durchführung der klinischen Tätigkeiten erhoben. Von den inkludierten NPs (n=417) wiesen nur wenige einen Master in Pflegewissenschaften auf, mehr als die Hälfte von ihnen verfügte aber über ein NP-Zertifikat, dessen Verankerung nicht weiter thematisiert wurde.

Die Studie bestätigte 71 direkte klinische Tätigkeiten und Kompetenzen von ENPs. Diese reichten von der Entfernung von Fremdkörpern aus Weichteilen, über das Einleiten von digitalen Nervenblockaden oder die Durchführung von Lumbalpunktionen, sowie dem Schreiben von 12-Ableitungs-Elektrokardiogrammen, bis hin zum Management bei einem Herzstillstand, oder einer Notfallgeburt. Im Anhang 2 können weitere direkte klinische Tätigkeiten der Studie von Campo et al. (2008) eingesehen werden.

Campo et al. (2008) postulierten, dass NPs in ihrer Ausbildung vermehrt notfallspezifische Tätigkeiten erlernen sollten. Je mehr Sicherheit NPs in diesen Tätigkeiten erlangen würden, desto autonomer könnten sie diese Tätigkeiten auch durchführen.

“Developing Nurse Practitioner Treatment Competencies in Emergency Care Settings“, lautete der Titel der US-Studie von Ramirez, Tart und Malecha (2006). Erforscht wurde der Aufgabenbereich der NPs in der Notfallversorgung, indem deren Kompetenzen untersucht wurden. In Bezug auf das Ausbildungsniveau des Samples verfügten laut Ramirez et al. (2006) alle NPs über ein NP-Zertifikat oder ein NP-

Programm. In der Studie lagen des Weiteren keine expliziten Angaben für höhere Bildungsabschlüsse, wie einem Master oder Doktorat in Pflegewissenschaften, vor. Aus den erhobenen demografischen Daten ging hervor, dass das Sample (n=624) zu mehr als 90 Prozent die Befugnis zum Verschreiben und Bestellen von Medikamenten hatten. Zusätzlich wurde von mehr als 80 Prozent der NPs und ENPs die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, als Teil ihres Aufgabenbereiches, bestätigt. Insgesamt wurden 49 Kompetenzen von ENPs in Notfallstationen der USA, von Ramirez et al. (2006) evaluiert und für valide befunden. Die erfassten Kompetenzen wurden in fünf Themenbereiche unterteilt. Wobei im ersten Themenbereich Kompetenzen zur Umsetzung des klinischen Behandlungsplans aufgelistet wurden. Diese reichten von Erste-Hilfe-Massnahmen, über Interpretationen von Bildgebungen, der Hämodynamik, bis hin zur Interpretation und Evaluation verwendeter technischer Geräte zur Aufrechterhaltung der physiologischen Funktion von Patientinnen und Patienten. Der zweite Themenbereich umfasste die Umsetzung eines ganzheitlichen Behandlungsplans und bezog sich auf die Bedürfnisse, Ressourcen und Entwicklungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Familien. Im dritten Themenbereich wurden Kompetenzen in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention aufgelistet und im vierten Themengebiet jene der Behandlung von Frauen und Kindern. Darunter fiel unter anderen auch das pränatale Assessment, sowie das Assessment von Babys und Kindern bis zum 15. Lebensjahr. Der letzte Themenbereich umfasste das Ausführen invasiver Verfahren. Diesbezüglich wurden beispielsweise die Lumbalpunktion und das Legen von Zentralvenenkathetern tabellarisch aufgelistet. Im Anhang 2 sind einige der 49 Kompetenzen, teilweise in Themengebiete zusammengefasst, dargestellt.

Ramirez et al. (2006) konkludierten, aufgrund ihrer Ergebnisse, dass ENPs eine spezialisierte Ausbildung für das Notfallsetting benötigten. Die identifizierten Daten stellten zudem eine Basis für die Umsetzung einer angemessenen Ausbildung für ENPs dar, damit künftige ENPs eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten könnten.

Die siebte Studie der vorliegenden Literaturreview mit dem Titel: "Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency

department“, wurde von Considine, Martin, Smit, Jenkins und Winter (2006) in Australien erhoben. Im Rahmen eines Projekts sollte die ENP-Rolle auf der Notfallstation des Northern Hospital implementiert und schliesslich aufgrund dieses Projekts in ganz Victoria in Notfallstationen eingeführt werden. Während des Zeitraumes von 14. Juli 2004 bis 31. März 2005 wurden alle Patienten, welche von ENP(C)s betreut wurden in die Studie eingeschlossen. Considine et al. (2006) unterteilten aufgrund der erfassten Daten die Studie in zwei Teile auf. Einerseits wurde die Ausbildung der Emergency Nurse Practitioner Candidates (ENPCs) (n=476) erfasst und andererseits parallel dazu die Kompetenzen und Aufgabenbereiche der ENPs differenziert. Um den Fokus in dieser Bachelorarbeit auf den Aufgabenbereich der ENPs zu legen, wurde der Teil der Studie, welche die ENPCs betrifft, nicht näher zusammengefasst. Zusätzlich wurde von den Forschenden keine Angaben zum Bildungsniveau der ENPs gemacht. Gemäss Considine et al. (2006), bestand der Aufgabenbereich von ENPs zu mehr als zur Hälfte aus der klinischen Praxistätigkeit, welche nicht näher beschrieben wurde. 24 Prozent des Aufgabenbereichs von ENPs lag im Bereich der Forschung und Entwicklung und stellte beispielsweise das Erstellen von klinischen Praxisleitlinien für Pflegefachpersonen dar. Zu weiteren zwei Prozenten arbeiteten die ENPs in der Unterstützung bei Reanimation oder im Katastrophenmanagement mit, zu 15 Prozent beteiligten sie sich an der Ausbildung von ENPs und weitere zwei Prozent des ENP-Aufgabenbereiches war mit der Schulung anderer Gesundheitsberufen besetzt, oder mit der Teilnahme an Meetings, sowie mit administrativen Aufgaben. Considine et al. (2006) postulierten aufgrund der erfassten Ergebnisse einen hohen Bedarf an ENPCs und ENPs. Zusätzlich sollten deren spezifischen Kompetenzen erweitert werden. Aufgrund dessen sollten in weiteren Schritten die vorhandenen Pflegerichtlinien überarbeitet und angepasst werden.

4.2 Synopse der Ergebnisse

Nachfolgend werden die ermittelten Kompetenzen und Aufgabenbereiche von APNs in Notfallstationen vergleichend zusammengefasst und einander gegenübergestellt.

McConnell et al. (2013), O'Connell et al. (2014) und Wolf et al. (2017) identifizierten die Triage, das physische Assessment von Notfallpatientinnen und -Patienten, sowie

die Erhebung (McConnell et al., 2013) und Dokumentation (Wolf et al., 2017) derer Anamnesen und Differenzialdiagnosen (McConnell et al., 2013) als zentralen Teil des Aufgabenbereichs von APNs in Notfallstationen. Zusätzlich berichteten McConnell et al. (2013), O'Connell et al. (2014), Ramirez et al. (2006) und Wolf et al. (2017), dass APNs kontinuierliche Herz-Kreislauf-Überwachungen der Notfallaufsuchenden tätigten und eingeleitete Therapien evaluierten. Die Behandlung reichte dabei von häufig behandelten Verletzungen, zur Pflege und Therapie von nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankungen (Fotheringham et al., 2011, McConnell et al., 2013 & O'Connell et al., 2014), bis hin zur Anwendung invasiver Verfahren in teilweise lebensbedrohlichen Situationen (Campo et al., 2008, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017).

Eine weitere Kompetenz, welche aus dem internationalen Literaturreview hervorging, stellte das Verordnen von Medikamenten durch APNs in Notfallstationen dar. Diese wurde bei Fotheringham et al. (2011) und McConnell et al. (2013), teilweise autonom und bei Ramirez et al. (2006) nahezu vollständig autonom ausgeführt. Zusätzlich gehörte bei McConnell et al. (2013) und Wolf et al. (2017) das Verordnen und Interpretieren von Laborwerten in den Kompetenzbereich einer APN auf einer Notfallstation, sowie die Verordnung und Interpretation von Röntgenbildern (Fotheringham et al., 2011, McConnell et al., 2013, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017). McConnell et al. (2013) und O'Connell et al. (2014) schilderten des Weiteren das Entlassungs- und Verlegungsmanagement durch APNs in Notfallstationen, wobei besonders die Patientenedukation von Betroffenen und Angehörigen hervorgehoben wurde (McConnell et al., 2013, O'Connell et al., 2014, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017).

Darüber hinaus wurden weiterführende APN-Kompetenzen in Notfallstationen in der interdisziplinären Zusammenarbeit, in der Schulung und Beratung von Patientinnen, Patienten, Angehörigen, sowie von Mitarbeitenden (McConnell et al., 2013, O'Connell et al., 2014, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017), als auch in der Übernahme von Schichtleitungs- und Stationsleitungsaufgaben (Fotheringham et al., 2011, McConnell et al., 2013 & Wolf et al., 2017), sowie im Rahmen von Forschungstätigkeiten (Considine et al., 2006, McConnell et al., 2013 & Wolf et al., 2017) und im Lösen ethischer Konflikte (Wolf et al., 2017), eruiert.

5 Diskussion

5.1 Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Studien nach Ris & Preusse-Bleuler (2015) kritisch eingeschätzt. Die ausführlichen kritischen Würdigungen können im Anhang 5 eingesehen werden.

Die Ergebnisse der US-Studie von Wolf et al. (2017) wiesen viele valide und durch die Forschenden evaluierte Kompetenzen von NPs und CNS' in Notfallstationen auf. Im quantitativen Teil der Mixed-Method-Studie konnte, sowohl die Objektivität, die Reliabilität, als auch die Validität der Studie nach Bartholomeyczik et al. (2008) bestätigt werden. Gemäss der Güteeinschätzung nach Lincoln & Guba (1985) lag im qualitativen Teil der Studie keine explizite Confirmability (Bestätigung) vor. Ebenfalls konnte die Dependability (Zuverlässigkeit), aufgrund fehlender Angaben bezüglich eines internen oder externen Expertengremiums, nicht bestätigt werden.

Auffallend war, dass in der gesamten Studie keine Angaben, zu Unterschieden zwischen der Rollenausübung einer NP und der einer CNS, gemacht wurden.

Festzuhalten bleibt, dass die Daten getrennt voneinander erhoben und die Ergebnisse entsprechend in jeweils unterschiedlichen Tabellen für NPs und CNS festgehalten wurden. Zusätzlich anzumerken wäre gegebenenfalls die Kürze der qualitativen Fokusgruppeninterviews, welche mit einer Stunde begrenzt waren. Dies könnte hinsichtlich der Gruppengrösse von acht bis 12 Personen, sowie dem Abhandeln von 4-5 semistrukturierten Fragen möglicherweise nicht ganz für eine genügende Datensättigung gereicht haben.

O'Connell et al. (2014) lieferte eine reichhaltige und strukturierte Beschreibung der gegenwärtigen Rolle einer ENP in Australien. Die Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985) wies auf einige Schwächen hin. So konnte beispielsweise die Confirmability durch eine externe Person durch die Studie nicht bestätigt werden.

Dennoch fand eine kontinuierliche Evaluation von settingerfahrenen (Co-)Autorinnen und (Co-)Autoren statt. In Bezug auf die Dependability wurden bei der Analyse keine Angaben zu hochschulextern oder –internen, beigezogenen Experten gemacht.

Zusätzlich gab es in der Studie keine Angaben zu Triangulationen, Peer Debriefings oder Member Checking (Credibility, Glaubwürdigkeit) gemacht. Die Transferability

(Übertragbarkeit) wurde praxisspezifisch aufgezeigt. Des Weiteren wurden die verwendeten Zitate weder nummeriert, noch beschriftet.

Auffallend bei der quantitativen Studie von McConnell et al. (2013) war, dass das Sample mit $n=60$ sehr klein gewählt wurde. Durch die Rücklaufquote von 70 Prozent entsprach das tatsächliche Sample schliesslich gerade einmal ($n=42$). Die Einschätzung der Güte der Studie nach Bartholomeyczik et al. (2008) zeigte, dass die Objektivität der Studie aufgrund der anonymen und freiwilligen Teilnahme der eingeschlossenen ENPs, sowie dem selbstständigen Ausfüllen der Fragebögen, gegeben war. Zur Reliabilität konnte aufgrund des fehlenden Fragebogens keine konkrete Aussage gemacht werden. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass der quantitative Fragebogen die Wiederholbarkeit bestätigen würde. Des Weiteren lieferte die Studie von McConnell et al. (2013) konkrete Ergebnisse, bezogen auf die gestellte Fragestellung (Validität).

Fotheringham et al. (2011) ermittelten ebenfalls verschiedene klinische Tätigkeiten und besprachen drei davon ausführlicher. Die quantitativen Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008) konnten generell bestätigt werden, dennoch existierten in der Studie einige Schwachstellen. Beispielsweise lag der verwendete Fragebogen der Studie nicht bei. Zusätzlich wurden keine demografischen Daten erhoben, was die Interpretation der Ergebnisse, in Bezug auf das Ausbildungsniveau der Pflegefachpersonen, verunmöglicht. Ebenfalls wiesen die Forschenden in der Diskussion selbst darauf hin, dass die Resultate mit Vorsicht anzuschauen seien, da die versendeten Fragebögen gegebenenfalls von unterschiedlich qualifiziertem Personal ausgefüllt worden sein könnten, weil die Rollenbeschreibung einer ENP zum Zeitpunkt der Erhebung nicht geschützt war.

Bei Campo et al. (2008) konnten die Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008) grundsätzlich bestätigt werden. Die Ergebnisse der Studie verwiesen auf 71 klinische Tätigkeiten, welche von NPs in Notfallstationen der USA, nach Häufigkeit und dem Mass der Selbstsicherheit bei der Durchführung überprüft und eingeschätzt wurden. Lediglich der Fragebogen wurde der Studie nicht beigelegt und der Umfang der klinischen Tätigkeiten wurde nicht differenziert beschrieben.

Die US-Beobachtungsstudie von Ramirez et al. (2006) erfüllte die quantitativen Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008) vollumfänglich. Die für die

Bachelorarbeit relevanten Ergebnisse aus der Studie wurden tabellarisch (siehe Anhang 2) veranschaulicht und im Diskussionsteil genauer beschrieben.

Die Fokusse der australischen Studie von Considine et al. (2006) betrafen zwei Bereiche. Einerseits die Ausbildung und Kompetenzbereiche der ENPCs und andererseits den Aufgabenbereich sowie die Kompetenzen der ENPs. Nicht in allen Teilbereichen der Studie wurde klar ersichtlich, auf welche der beiden Gruppen Bezug genommen wurde. Ebenso wurde weder das Studiendesign, noch die Analyse der erfassten Daten genauer erläutert, zudem wurden nur wenige Angaben zu Kompetenzen und Aufgabenbereiche der ENPs gemacht. Diesbezüglich muss in Bezug auf die Bachelorarbeit darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse dieser Studie nur zu einem geringen Anteil einbezogen wurden, dennoch erfüllte die Studie die quantitativen Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008) grundsätzlich.

5.2 Herstellung eines Bezugs der Ergebnisse zu Hamrics APN-Model

Mit der Intention aufzudecken, welche der APN-Kompetenzen nach Hamric et al. (2014), bereits in diesem internationalen Literaturreview beschrieben wurden, findet nachfolgend eine Zuteilung der erfassten Kompetenzen aus den eingeschlossenen Studien in Bezug auf das APN-Modell nach Hamric et al. (2014) statt. Im Anhang 3 wird diese Zuteilung tabellarisch veranschaulicht.

Obwohl das APN-Modell nach Hamric et al. (2014) in keiner der Studien des internationalen Literaturreviews explizit erwähnt wurde, gilt festzuhalten, dass die von Hamric definierten Kompetenzen bereits in mehreren Studien umgesetzt wurden.

Dies erweckt den Anschein, dass Regulationsbehörden, wie der Nursing and Midwifery Council in England (McConnell et al., 2013), oder das Nursing and Midwifery Board of Australia (O'Connell et al., 2014), welche in Studien Bezug nehmend auf die Entwicklung von NP-Rollen genannt wurden, ihre individuellen Rahmenbedingungen auf Hamric-äquivalenten Kompetenzen entwickelt haben könnten.

5.2.1 Primäre Kriterien

Wie im Kapitel drei, dem theoretischen Hintergrund beschrieben, gibt es nach Hamric et al. (2014) drei primäre Kriterien, welche für die Ausübung der APN-Rolle erfüllt sein müssen.

Wolf et al. (2017) erfüllten mit ihrem Sample, als einzige Studie des internationalen Literaturreviews, das erste primäre Kriterium einer APN nach Hamric et al. (2014), indem ihre Studienteilnehmenden ausschliesslich einen Master oder Dokortitel in Pflegewissenschaften aufwiesen. Campo et al. (2008) und Fotheringham et al. (2011) verfügten in ihrem Sample lediglich über einen kleinen Prozentsatz an Master- oder Dokortiteln in Pflegewissenschaften und bei Considine et al. (2006), McConnell et al. (2013), O'Connell et al. (2014) und Ramirez et al. (2006) waren die Angaben, bezüglich des Ausbildungsniveaus des Samples, lückenhaft oder blieben unbenannt. Darüber hinaus variierte, wie in der Einleitung beschrieben, auch die Betitelung der APNs in Notfallstationen, wobei diese überwiegend mit NP oder ENP bezeichnet wurden. Die Betitelung APN nach Hamric et al. (2014) wurde dahingegen in keiner der Studien verwendet. O'Connell et al. (2014) hielten diesbezüglich fest, dass der Titel der NP zwischenzeitlich in vielen Staaten der USA, in Australien, sowie in Irland geschützt und das Ausbildungsniveau auf Masterebene verankert wurde. Im Anhang 4 können die sowohl die individuellen Benennungen der APNs, als auch deren Ausbildungsniveaus eingesehen werden.

Bezüglich der fachlichen Zertifizierung einer APN, dem zweiten der drei Primär Kriterien nach Hamric et al. (2014), wurden bei Campo et al. (2008) und Ramirez et al. (2006) Angaben zu NP-Zertifikaten der Studienteilnehmenden gemacht. Diese wurden jedoch weder näher bezeichnet, noch in einen Kontext mit einem Masterniveau in Pflegewissenschaften gesetzt. Somit kann diese Voraussetzung einer APN nach Hamric et al. (2014), den Literaturreview betreffend, nicht bestätigt werden.

Das dritte primäre Kriterium einer APN nach Hamric et al. (2014), bestand darin, dass sich die Tätigkeiten einer APN stets auf Patientinnen und Patienten, sowie deren Familien fokussierten sollten. Dieses Kriterium wurde von O'Connell et al., (2014), Ramirez et al., (2006) und Wolf et al., (2017) vollumfänglich und von Campo et al. (2008), Considine et al. (2006), Fotheringham et al. (2011) und McConnell et al.

(2013), mit einer hauptsächlichen Fokussierung der APN Praxistätigkeiten auf Patientinnen und Patienten, zu einem grossen Teil erfüllt.

5.2.2 Direkte Klinische Praxis

Hamric et al. (2014) definierten die direkte klinische Praxistätigkeit einer APN als Zentralkompetenz, da diese die Basis zur Ausführung der sechs Kernkompetenzen darstellt.

Den Literaturreview betreffend, konnte die Zentralkompetenz einer APN nach Hamric et al. (2014) auf weltweiten Notfallstationen bestätigt werden. Considine et al. (2006) schätzten den Anteil der direkten klinischen Praxistätigkeit ihrer ENPs bei etwa 55 Prozent ein, bei McConnell et al. (2013) machte diese Kompetenz gar 81 Prozent der ENP Rolle aus. Campo et al. (2008), Fotheringham et al. (2011), McConnell et al. (2013) und Ramirez et al. (2006) stellten ihre verifizierten, direkten klinischen Praxistätigkeiten ihrer ENPs und NPs in Notfallstationen in Tabellen oder Grafiken dar. Wolf et al. (2017) bestätigten 22 direkte klinische Praxiskompetenzen, welche von ihren NPs und CNS' in Notfallstationen realisiert und tabellarisch im Anhang ihrer Studie veranschaulicht wurden. O'Connell et al. (2014) erforschten diesbezüglich die direkte klinische Praxis ihrer ENPs und manifestierten mit ihrem Interpretive-Framework-Modell, drei notfallspezifische Modi, welche die direkte klinische Praxis einer ENP in Notfallstationen in Australien charakterisierten. Darüber hinaus postulierten sie ihr Interpretive-Framework-Modell als wichtige Vorlage für die Entwicklung der APN-Rolle in Notfallstationen und gaben diesbezüglich weitere Empfehlungen ab.

5.2.3 Coaching und Führung

Diese Kernkompetenz entspricht, laut Hamric et al. (2014), der Fähigkeit von APNs Pflegefachpersonen, sowie Personen anderer Gesundheitsberufe, als auch Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, hinsichtlich der Ausübung pflegespezifischer Fertigkeiten, zu fördern und zu unterstützen.

McConnell et al. (2013) und Wolf et al. (2017) nahmen in ihren Studien Bezug zu dieser Kernkompetenz. McConnell et al. (2013) hielten fest, dass ihre ENPs in Bezug auf Coaching und Führung, die Pflegeexperten-Rolle zu weniger als fünf Prozent ausübten. Eine differenzierte Beschreibung hinsichtlich Inhalt und Umfang dieser Rolle, wurde der Studie nicht beigefügt. Wolf et al. (2017) deklarierten in Bezug auf

Coaching und Führung, dass ihre NPs und CNS' einerseits Mitarbeitenden in der Entwicklung der Patientenversorgung führend oder assistierend zu Seite standen und andererseits die Führung bezüglich Aktivitäten in der Qualitätsverbesserung innehatten.

5.2.4 Beratung und Konsultation

Die Kernkompetenz der Beratung und Konsultation hat, laut Hamric et al. (2014), zum Ziel, dass APNs das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, sowie Mitarbeitenden des Pfllegeteams, oder anderer Gesundheitsberufe, als auch Institutionen oder Gremien, in Bezug auf pflegespezifische Fragestellungen und Gesundheitsförderung stärken.

In drei der eingeschlossenen Studien wurde die Kernkompetenz der Beratung und Konsultation thematisiert (O'Connell et al., 2014, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017). Wolf et al. (2017) beschrieben die Schulung und Beratung von Betroffenen und deren Familien, sowie von Pflegefachpersonen, ärztlichem Personal und anderen interdisziplinären Kollegen durch NPs und CNS'. Zusätzlich wurde der interdisziplinäre Austausch, sowie die interdisziplinäre Beratung bezüglich Planung der Patientenversorgung hervorgehoben. O'Connell et al. (2014) deklarierten die Patientenedukation als wichtige Kompetenz von ENPs. Hierbei wurde das Selbstmanagement der Betroffenen und derer Angehörigen, unter Berücksichtigung derer Ressourcen, hinsichtlich des autonomen Symptom- und Medikamentenmanagements, gefördert. Bei McConnell et al. (2013) und Ramirez et al. (2006) ermittelten ENPs und NPs diesbezüglich die Ressourcen von Patientinnen und Patienten und leiteten gesundheitsfördernde, sowie präventive Massnahmen ein.

5.2.5 Forschungsfertigkeiten

In dieser Kernkompetenz nach Hamric et al. (2014), erfassen APNs aktuellen, pflegespezifischen Forschungsbedarf, beurteilen dessen Wichtigkeit, führen bei Bedarf eine systematische Literaturrecherche in relevanten wissenschaftlichen Datenbanken durch und setzen neues Wissen nach Evidence Based Nursing, gemäss Rycroft-Malone et al. (2004), in die Praxis um.

Aus dem internationalen Literaturreview gingen vier Studien hervor, welche die Forschungsfertigkeiten ihrer APNs thematisierten (Considine et al., 2006, McConnell et al., 2013, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017). Der Anteil des

Aufgabenbereichs einer ENP in der Forschung und Entwicklung, lag bei Considine et al. (2006) bei 24 Prozent. Diesbezüglich wurde von ihnen hauptsächlich die Entwicklung von klinischen Praxisstandards beschrieben. McConnell et al. (2013) konstatierten, dass ihre ENPs sich lediglich zu knapp drei Prozent ihres Arbeitspensums mit Forschungstätigkeiten, deren Inhalt nicht näher beschrieben wurde, auseinandersetzten. Bei Ramirez et al. (2006) wurde diesbezüglich hauptsächlich die Anwendung von familienzentrierter Forschung in der Praxis aufgeführt. Inwiefern diese im Vorherein überprüft oder beurteilt wurde, war aus der Studie nicht ersichtlich. Wolf et al. (2017) berichteten, dass ihre NPs und CNS' an der Führung und Implementierung von wissenschaftlicher und klinischer Forschung teilnahmen und des Weiteren auch klinische Praxisstandards evaluierten. Darüber hinaus führten sie zusätzlich Literaturrecherchen durch, analysierten die Evidenz der gefundenen Studien und setzten das neue Wissen, in der persönlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten, in die Praxis um.

5.2.6 Klinisches und Professionelles Leadership

Hamric et al. (2014) in Bezug auf diese Kernkompetenz die Rolle der APN in der Übernahme der Führung von spezifischen Patientengruppen, sowie in der Befähigung und Motivation von Mitarbeitenden, als auch in der Übernahme der Führung innerhalb der Berufsorganisation, des Gesundheitssystems, oder in der Gesundheitspolitik.

Das Leadership wurde in zwei der sieben Studien erwähnt (McConnell et al., 2013 & Wolf et al. (2017)). McConnell et al. (2013) schätzten den prozentualen Anteil während dem ihre ENPs mit Führungsaufgaben beschäftigt waren, bei knapp drei Prozent ein. Wolf et al. (2017) zeigten auf, dass ihre NPs und CNS' die Führung und Unterstützung von Pflegefachpersonen in der Entwicklung von Pflegestandards für spezifische Patientengruppen wahrnahmen. Zusätzlich führten diese intra- und interdisziplinäre Supervisionen durch und leiteten Pflegefachpersonen, sowie Personen anderer Gesundheitsberufe in der Patientinnen- und Patientenbetreuung an. Des Weiteren übernahmen die NPs und CNS' die Führung hinsichtlich Aktivitäten in der Qualitätsverbesserung, als auch in der Entwicklung und Evaluation disziplinübergreifender Pflegestandards auf der Ebene von Gesundheitsorganisationen.

5.2.7 Zusammenarbeit

Laut Hamric et al. (2014), verfügen APNs über erweiterte Kommunikationskompetenzen, welche sie dazu befähigen zielorientiert eine koordinierte Zusammenarbeit im Multiprofessionellen Team, sowie mit einzelnen Individuen anzustreben.

Drei Studien thematisierten die Kernkompetenz der Zusammenarbeit (O'Connell et al., 2014, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017). Ramirez et al. (2006) bestätigten, dass ihre ENPs und NPs die Zusammenarbeit von interdisziplinären Rapporten koordinierten. Weitere Elemente in der Zusammenarbeit fanden sich bei ihnen zudem in der Verwaltung von technischen Geräten oder im Interagieren mit dem ärztlichen Dienst. Wolf et al. (2017) waren sich ebenfalls einig, dass die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Kompetenzbereich der NPs und CNS' gehörte. O'Connell et al. (2014) postulierten die Zusammenarbeit gar als das verbindende Element des Aufgabenbereiches von ENPs in Notfallstationen.

5.2.8 Ethische Entscheidungsfindung

APNs sind, laut Hamric et al. (2014), sensibilisiert auf ethische Dilemmata und Konflikte und gehen diese aktiv und professionell an.

Diesbezüglich bezog sich lediglich die Studie von Wolf et al. (2017) zu dieser APN-Kernkompetenz. Sie beschrieben, dass NPs und CNS' Situationen, in welchen ethische Prinzipien verletzt wurden, registrierten und thematisierten. Darüber hinaus verfügten sie über die Fähigkeit den ethischen Entscheidungsfindungsprozess in den Praxisalltag zu integrieren und diesen auch differenziert anzuwenden.

5.2.9 Umgebungsfaktoren

In Anbetracht dessen, dass APNs in Notfallstationen in einem komplexen, dynamischen und multiprofessionellen Arbeitsfeld tätig sind, haben Umgebungsfaktoren einen starken Einfluss auf die Ausübung und Entwicklung dieser Rolle. An dieser Stelle wird jedoch, bezugnehmend auf die Fragestellung dieser Bachelorarbeit, in welcher sich die Autorinnen auf weltweite Aufgabenbereiche und Kompetenzen von Advanced Practice Nurses in Notfallstationen begrenzt haben, auf Inhalte zu förderlichen und hinderlichen Faktoren in der Ausübung der APN-Rolle in Notfallstationen, in sämtlichen eingeschlossenen Studien verwiesen.

6 Praxistransfer

Im Hinblick auf die eingeschlossenen Studien könnte ein Praxistransfer, für APNs auf Schweizer Notfallstationen unter Einbezug des APN-Modells nach Hamric et al. (2014), wie folgt hergeleitet und auf dessen Umsetzbarkeit evaluiert werden.

Einleitend muss betont werden, dass die Übertragbarkeit der Studienergebnisse in die Schweizer Pflegepraxis mit Sorgfalt erfolgen sollte, da sämtliche inkludierten Studien zum einen aus dem englischen Sprachraum stammen und zum andern in jedem der Herkunftsländer (USA, Vereinigtes Königreich, Australien) neben einem anderen Gesundheitssystem auch eine ganz andere Entwicklung der APN-Rolle stattgefunden hat. Somit ist ein konkreter Praxistransfer aus den weltweiten Kompetenzen- und Aufgabenbereichen von APNs nicht eins zu eins auf Schweizer Notfallstationen umsetzbar.

In erster Linie sollten, gemäss den primären Kriterien nach Hamric et al. (2014), nach welchem sich die Umsetzung der APN-Rolle in der Schweiz orientiert, APNs auf Schweizer Notfallstationen nebst einer pflegerischen Grundausbildung (höhere Fachschule oder Bachelor in Pflegewissenschaften), sowie einem Nachdiplomstudium (NDS) in Notfallpflege, zusätzlich einen Master- oder Dokortitel in Pflegewissenschaften vorweisen können (Wolf et al., 2017). Die Spezialisierung in der pflegerischen Notfallversorgung ist mit dem Absolvieren eines NDS in Notfallpflege schweizweit möglich. Dennoch fehlt diesbezüglich bis dato die Vertiefungsrichtung Notfallpflege im Rahmen der APN-Ausbildung auf Masterniveau. Die Schweiz könnte sich dabei ein Beispiel am Mastercurriculum in Notfallpflege nehmen, welches kürzlich in England gestartet wurde und APNs mit der Bezeichnung einer Advanced Clinical Practitioner in Emergency Care (Fawdon & Adams, 2013) hervorbringt. Inwiefern jedoch dieses englische Curriculum mit den entsprechenden European Credit Transfer System (ECTS), als auch deren gesetzliche Reglementierung, sowie Ausbildungsdauer vergleichbar ist, mit einem entsprechenden Master in Notfallpflege in der Schweiz, müsste geprüft werden. Entsprechend dem dritten primären Kriterium nach Hamric et al. (2014), welches sich aus den Teilkriterien; Masterabschluss in Pflegewissenschaften, Spezialisierung auf ein bestimmtes Setting oder Pflegephänomen und die Fokussierung auf Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörigen, zusammensetzt, soll der

Fokus der APNs auf Schweizer Notfallstationen ebenfalls auf den Patientinnen und Patienten, sowie deren Familien gerichtet sein. Der gewählte Ansatz dafür könnte auf den Grundlagen der familienzentrierten Pflege basieren, in welcher die Ressourcen eines Familiensystems erfasst und deren Selbstwirksamkeit evaluiert, bestärkt und individuell gefördert werden können (O'Connell et al., 2014, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017). In Anlehnung an die familienzentrierte Pflege könnte beispielsweise das Calgary-Modell nach Wright und Leahey (2014) zum Tragen kommen. Im Rahmen dieses Modells könnten APNs anhand eines Geno-, Öko- und Beziehungsdiagramms das Familiensystem erfassen, es liesse sich eine Beziehung mit der Familie aufbauen und spezifische Interventionen könnten, anhand der Angaben der Familie abgeleitet werden. Somit könnten die primären Kriterien nach Hamric et al. (2014) durchaus auf Schweizer Notfallstationen umgesetzt werden.

Eine weitere durchaus denkbare Möglichkeit der APN-Umsetzung auf Schweizer Notfallstationen könnte in der direkten klinischen Tätigkeit liegen. Die Triage mittels kontinuierlich evaluierten Screeninginstrumenten könnte gezielt und differenziert von APNs übernommen werden (McConnell et al., 2013, O'Connell et al., 2014 & Wolf et al., 2017). Dadurch könnten Fehleinschätzungen beim Priorisieren der Notfallpatientinnen und –Patienten verringert, deren Sicherheit erhöht, die Effizienz im Patientenversorgungsprozess gesteigert und Wartezeiten verkürzt werden. Des Weiteren könnte im Anschluss ein vertieftes klinisches Assessment (McConnell et al., 2013, O'Connell et al., 2014 & Wolf et al., 2017) durch APNs durchgeführt werden und somatische, funktionale, sowie psychische, aber auch soziale oder ökonomische Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und deren Familien strukturiert erfasst (McConnell et al., 2013) und dokumentiert (Wolf et al., 2017) werden. In Anlehnung an die erhobenen Patientendaten könnte der Pflegebedarf differenziert eingeschätzt, Pflegediagnosen abgeleitet und mit Betroffenen und deren Angehörigen zusammen individuelle Pflegeziele und -pläne erstellt werden. Abschliessend könnten Interventionen, welche in den Kompetenzbereich einer APN gehören, geplant und ausgeführt werden. Des Weiteren könnten APNs im Rahmen des klinischen Assessments Differenzialdiagnosen stellen, welche für die Mediziner als Grundlage für die definitive Diagnosestellung dienen. Aufgrund des im Master in

Pflegewissenschaften erworbenen Wissens wären APNs auf Notfallstation in der Schweiz hierzu durchaus fähig und könnten als professionelle Ressource in diesem Bereich eingesetzt werden, was gegebenenfalls zu einer Entlastung des ärztlichen Dienstes führen würde.

Ein weiterer Aufgabenbereich für APNs auf Schweizer Notfallstationen könnte in der Entwicklung und fortlaufenden Evaluation von Pflegestandards für Notfallpatientinnen und -Patienten bestehen, welche als Basis für eine sichere, effiziente und ganzheitliche Behandlung sorgen könnte (Considine et al., 2006 & Wolf et al., 2017). Nebst der Erarbeitung von Pflegestandards könnten APNs in Schweizer Notfallstationen durchaus in der Mitarbeit von disziplinübergreifenden, strukturellen oder prozessorientierten Standards miteinbezogen werden. APNs sind aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage sich selbstständig und systematisch Informationen zu beschaffen, deren Qualitäten zu prüfen und diese strukturiert in einen Standard zu integrieren.

Darüber hinaus könnten erweiterte Praxiskompetenzen für APNs multiprofessionell erarbeitet werden und als Grundlage für die autonome Ausübung von definierten APN-Kompetenzen, oder für eine geklärte Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst dienen. Daraus könnten des Weiteren Disziplin übergreifende Standards für APNs erstellt werden, welche diese dazu befähigten, Verordnungen und Interpretationen von Laborwerten, oder bildgebenden Verfahren, sowie spezifische Medikamentenverordnungen, teilweise autonom oder ganz autonom tätigen zu können (Fotheringham et al., 2011, McConnell et al., 2013, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017).

Weitere Aufgabenbereiche für APNs auf Schweizer Notfallstationen, abgeleitet aus dem internationalen Literaturreview, könnten sich zusätzlich in der Versorgung von häufig behandelten und weniger gravierende Verletzungen, sowie in der Therapie und Pflege von Personen mit nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen positionieren (Fotheringham et al., 2011, McConnell et al., 2013 & O'Connell et al., 2014). Im Rahmen von klar definierten Kompetenzen und Aufgabenbereichen könnten APNs zum Beispiel einfache Wundversorgungen, -Verschlüsse, Extremitäten schienen, kleinere Knochenbrüche diagnostizieren und behandeln, oder die Überwachung von hämodynamisch und pulmonal stabilen Patientinnen und Patienten übernehmen.

Im Rahmen der Kernkompetenz “Coaching und Führung“ könnten APNs auf Schweizer Notfallstationen Expertinnen und Experten in Notfallpflege NDS, sowie Studierende im NDS Notfallpflege, als auch das ärztliche Team in Bezug auf die Entwicklung von individuellen Fähigkeiten, sowie spezifischen Fertigkeiten in Notfallpflege, in Hinblick auf eine kontinuierliche Qualitätssteigerung, führend oder assistierend zur Seite stehen.

Die APN-Kernkompetenz “Beratung und Konsultation“ könnte auf Schweizer Notfallstationen bei komplexen Patientensituationen in einer begleitenden, beratenden und befähigenden Form angesiedelt werden. Sowohl multimorbide Patientinnen und Patienten, sowie deren Bezugspersonen, als auch die betreuenden Pflegefachpersonen und gesamte Pflgeteams würden dadurch eine professionelle Unterstützung in der Umsetzung des erarbeiteten Behandlungsplans erhalten. Zusätzlich könnten APNs mittels vertieftem Assessment, den Informationsbedarf Betroffener und deren Familien erfassen und damit die Patientenedukation individuell und ressourcenorientiert gestalten. Folglich könnte zudem die Selbstwirksamkeit der Patientinnen, Patienten und deren Familien, sowie deren Selbstmanagement gezielt gefördert, sowie gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen eingeleitet werden.

Gleichwohl der Umsetzung der Patientenedukation könnte auch das Austritts- und Verlegungsmanagement in Zusammenarbeit mit dem multidisziplinären Team von APNs geplant und umgesetzt werden. Damit Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörigen nach dem Austritt aus der Notfallstation, sich auf ein informiertes, spitalexternes, Unterstützungs- und Versorgungsnetz verlassen könnten (O’Connell et al., 2014, Ramirez et al., 2006 & Wolf et al., 2017).

Ein weiterer Aufgabenbereich im Bezug auf das Verlegungsmanagement könnte zudem in Bereichen der Übergangspflege angesiedelt sein. Hierzu könnten APNs auf Schweizer Notfallstationen Patientinnen und Patienten dahingehend informieren, dass eine vorübergehende Betreuung in einer hierfür ausgerichteten Institution übernommen werden könnte. Ebenso wie die Betreuung zu Hause durch einen Spitexdienst oder aber die Überweisung in ein Alters- oder Pflegeheim.

Ebenso sollte eines der primären Ziele von APNs auf Schweizer Notfallstationen das Anstreben einer evidence based practice darstellen, welche im Rahmen verschiedenster Möglichkeiten umsetzbar wäre. Um eine evidenzbasierte Praxis zu erzielen, müssten besagte APNs ihre im Studium erworbene Forschungsfertigkeiten zum Einsatz bringen.

Aufgrund der im Master in Pflegewissenschaften erworbenen, fundierten Forschungsfertigkeiten könnten APNs auf Schweizer Notfallstationen eine fortlaufend evaluierte und evidenzbasierte pflegerische Notfallversorgung gewährleisten. Diesbezüglich eingeschlossen würden validierte Screeninginstrumente für die differenzierte Patiententriage, sowie fortlaufend evaluierte und modifizierte Pflegerichtlinien (Wolf et al., 2017).

Des Weiteren könnten APNs im besagten Setting den Forschungsbedarf in der direkten klinischen Pflegepraxis erfassen und bei Bedarf eine zielführende Literaturrecherche durchführen, oder sofern indiziert selber Studien zu spezifischen Themenbereichen initiieren und das erworbene Wissen nach Evidence Based Nursing in die klinische Pflegepraxis transferieren (Wolf et al., 2017). Eine weitere Möglichkeit, hinsichtlich der Forschungsfertigkeiten einer APN, könnte zudem im Rahmen der Bereitstellung von Broschüren und Informationsmaterialien für Notfallaufsuchende, sowie für deren Familien angedacht werden, als auch im Mitwirken und Teilnehmen von interdisziplinären Forschungsgruppen, Symposien und Kongressen.

In Bezug auf klinisches und professionelles Leadership ist der Aufgabenbereich von APNs nach Hamric et al. (2014) nicht im Bereich der Schichtleitungs- und Stationsleitungsaufgaben angesiedelt, sondern in der Übernahme der fachlichen Führung innerhalb des Notfallpflegeteams, des Notfalldepartements, sowie innerhalb des Gesundheitssystems, oder der Gesundheitspolitik. Diesbezüglich könnten APNs in Schweizer Notfallstationen beispielsweise die individuellen Fähigkeiten ihrer Mitarbeitenden fördern und sie dazu motivieren, diese in der direkten klinischen Pflegepraxis, sowie in Fort- und Weiterbildungen zu vertiefen. Zudem könnten APNs die Führung komplexer Patientensituationen bewerkstelligen, bei Bedarf intra- oder interdisziplinäre Supervisionen organisieren und Befugnisse oder Kompetenzen im multiprofessionellen oder interdisziplinären Team klären (Wolf et al., 2017).

Die Zusammenarbeit aller involvierten Individuen im dynamischen Notfallsetting stellt auch auf Schweizer Notfallstationen eine fortlaufende Herausforderung dar.

Diesbezüglich erwerben die APNs im Rahmen ihres Masterstudiums Fähigkeiten einer reflektierten, ziel-, zweck- und ergebnisorientierten Kommunikation, sowie Koordination im gesamten Behandlungsprozess, womit eine bestmögliche Behandlungsqualität für Notfallaufsuchende und deren Familien erzielt werden könnte.

Darüber hinaus könnten sich APNs für einen regelmässigen multiprofessionellen Austausch einsetzen; dieser könnte im Rahmen von interdisziplinären Rapporten und Weiterbildungen stattfinden und von einer zielführenden und respektvollen Kommunikation geprägt sein (Ramirez et al., 2006).

Bezüglich der ethischen Entscheidungsfindung nach Hamric et al. (2014), könnten mögliche Aufgabenbereiche, sowie Kompetenzen von APNs auf Schweizer Notfallstationen in der Erfassung des Reanimationsstatus, sowie in der Klärung des Patientenwillens, mit dem Erstellen einer differenzierten Patientenverfügung, gesehen werden. Zielführend wäre diese Kompetenzerweiterung für APNs aber nur dann, wenn die darauf resultierenden Entscheide, sowie Konsequenzen auch rechtsgültig wären.

Des Weiteren könnten APNs in Notfallstationen ethische Dilemmata oder Konflikte frühzeitig erkennen und bei Bedarf einen ethischen Entscheidungsfindungsprozess initiieren und begleiten, oder in komplexen Pflegesituationen für Betroffenen und deren Angehörige zusätzlich ein Care Team beiziehen (Wolf et al., 2017).

Dies könnten mögliche Einsatzgebiete, Kompetenzen, sowie Aufgabenbereiche im Rahmen des APN-Modells nach Hamric et al. (2014) sein. In welcher Form diese Umsetzungen jedoch stattfinden könnten, hängt von der Entwicklung der künftigen Gesetzeslage in der Schweiz, den einzelnen Institutionen, den multiprofessionellen Teams, sowie der gesamten Pflegegesellschaft ab.

7 Schlussfolgerung

Im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit konnte, die Fragestellung: “Welche weltweiten Aufgabenbereiche und Kompetenzen haben Advanced Practice Nurses in Notfallstationen?”, anhand einer Vielzahl identifizierter, weltweiter Kompetenzen und

Aufgabenbereiche von APNs in Notfallstationen, beantwortet werden. Dabei gilt festzuhalten, dass durch die systematisierte Literaturrecherche weltweit lediglich sieben Studien zum Thema gefunden werden konnten. Darüber hinaus konnte das Einschlusskriterium, nur Studien einzubeziehen, deren Samples ausschliesslich über einen Mastertitel in Pflegewissenschaften verfügten, nicht berücksichtigt werden, da nur die Studie von Wolf et al. (2017) diesem Einschlusskriterium entsprochen hätte. Campo et al. (2008), Considine et al. (2006) und Ramirez et al. (2006) wiesen in ihren Samples nur sehr wenige bis keine Master in Pflegewissenschaften auf und in drei weiteren inkludierten Studien waren keine konkreten Angaben zum Ausbildungsniveau der Samples auffindbar (Considine et al., 2006, McConnell et al., 2013 & O'Connell et al., 2014). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Voraussetzung einer APN, einen Mastertitel in Pflegewissenschaften innezuhaben, sich weltweit erst in der Umsetzung befindet.

Obwohl viele weltweite APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche in Notfallstationen durch die Literaturrecherche gefunden werden konnte, sind diese nicht eins zu eins auf Schweizer Notfallstationen übertragbar. Dies liegt darin begründet, dass die Gesundheitssysteme der inkludierten Studien, im Vergleich zur Schweiz, über unterschiedliche strukturelle und politische Rahmendbedingungen verfügten, aber auch darin, dass die weltweite Entwicklung der APNs in Notfallstationen, in Bezug auf deren Ausbildungsniveaus, als auch deren Kompetenz- und Aufgabenbereiche, unterschiedlich weit fortgeschritten sind. Zusätzlich fehlten für einen detaillierten Praxistransfer, differenzierte Beschreibungen in Bezug auf Inhalt und Umfang der APN-Kompetenzen.

Bezugnehmend auf die konkrete Umsetzung der APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche auf Schweizer Notfallstationen wird vorgeschlagen, dass vorhandene, als auch weltweit identifizierte Kompetenzen evaluiert werden und zugleich eine multiprofessionelle Bedarfsanalyse der APN-Kompetenzen in der Praxis durchgeführt werden sollte. Sollte der Bedarf für mehrere notfallspezifische APN-Kompetenzen vorhanden sein, könnte die Einführung eines Masterstudiums in Pflegewissenschaften mit der Vertiefungsrichtung in Notfallpflege, oder einer notfallspezifischen Zertifizierung, angelehnt an Hamric et al. (2014), erörtert werden. Des Weiteren bräuchte es für die vollumfängliche Implementierung der APN-Kompetenzen und Aufgabenbereiche auf Schweizer Notfallstationen eine

Verankerung der APN im Berufsgesetz, sowie Lobbying durch Key-Stakeholders und Advocacy-Tätigkeiten zur Steigerung der interdisziplinären Anerkennung der APN-Rolle.

Literaturverzeichnis

American Nurses Association (2017). Definition Scope of Practice.

Heruntergeladen von:

[http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/Scope-of-Practice)

[Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/Scope-of-Practice](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/Scope-of-Practice) am 12.10.2017

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban und Fischer.

Bundesamt für Gesundheit (2013). Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung. *Aktualisierung des Obsan Arbeitsdokuments Nr. 27*, S. 1ff. Heruntergeladen von:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe.html> am 13.10.2017

Bryant-Lukosius, D., Callens, B., De Geest, S., Degen Kellerhals, S., Fliedner, M., Grossman, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Martin, J., Schwendimann, R., Spichiger, E., Stoll, H., Ulrich, A. & Weibel, L. (2015). Advanced Nursing Practice Roles in Switzerland: A Proposed Framework for Evaluation. Heruntergeladen von: http://www.swiss-anp.ch/fileadmin/2_ANP-Wissen_Forschung/PEPPA_Plus_final_Version.pdf am 13.10.2017

Campo, T., McNulty, R., Sabatini, M. & Fitzpatrick, J. (2008). Nurse Practitioners Performing Procedures with Confidence and Independence in the Emergency Care Setting. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 30/2, S.153-170. doi: 10.1097/01.TME.0000319926.97473.8d

Considine, J., Martin, R., Smit, D., Jenkins, J. & Winter, C. (2006). Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *International Journal of Nursing Practice*, 12, S. 205-213. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00570.x

- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), S. 99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b
- Fawdon, H. & Adams, J. (2013). Advanced Clinical Practitioner role in the Emergency Department. *Nursing Standard*. 28(16), S. 48-51. doi: 10.7748/ns2013.12.28.16.48.e8294
- Fotheringham, D., Dickie, S. & Cooper, M. (2011). The evolution of the role of the Emergency Nurse Practitioner in Scotland: a longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, S. 2958 – 2967. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03747.x
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 5th. Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier / Saunders.
- Harris, N., Schuurmann, M., Avis, M. & Baillieul, N. (2009). Akkreditierung im universitären Hochschulbereich, Master of Science in Nursing der Universität Basel. Schlussbericht OAQ. Heruntergeladen von: http://aaq.ch/download/verfahrensberichte/vb-programm/UniBasel_MSc-Nursing_2009.pdf am 12.10.2017
- International Council of Nurses (2009). Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. Heruntergeladen von: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf am 13.10.2017
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London / New Dehli: Sage.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- McConnell, D., Slevin O.D. & McIlfatrick S.J. (2013). Emergency nurse practitioners' perceptions of their role and scope of practice: Is it advanced practice? *International Emergency Nursing*, 21, S. 76-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2012.03.004>

National Nursing Research Unit (2009). Nursing competence: what are we assessing and how should it be measured? Policy plus evidence, issues and opinions in healthcare. Heruntergeladen von:

<https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/policy/Policy-Plus-Issues-by-Theme/Boundaries-regulation-competence/PolicyIssue18.pdf> am 12.10.2017

O'Connell, J., Gardner, G. & Coyer, F. (2014). Profiling Emergency Nurse Practitioner Service. An Interpretive Study. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36/3, S. 279-290. doi: 10.1097/TME.0000000000000030

Ramirez, E.G., Tart, K. & Malecha, A. (2006). Developing Nurse Practitioner Treatment Competencies in Emergency Care Settings. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 28, S. 346-359. doi: 10.1097/01261775-200610000-00011

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47, S.81-90. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>

SBK/ ASI, Swiss ANP, VfP & IUFRS (2012). Reglementierung der Pflegeexpertin APN. Heruntergeladen von: https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/docs/2012_10_10_Eckpunkte_ANP_dt.pdf am 29.09.2017

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz & Bundesamt für Gesundheit (2012). „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG. Heruntergeladen von: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/mmtlg/bt_versmod_pub_20120402_d.pdf am 12.10.2017

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2013). Konsultationen in Schweizer Notfallstationen. Heruntergeladen von: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-03_d.pdf am 13.10.2017

- Sheer, B., Kam, F. & Wong, Y. (2008). The Development of Advanced Nursing Practice Globally. *Journal of Nursing Scholarship*. 40(3), S. 204 - 211.
Heruntergeladen von: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x/epdf> am 13.10.2017
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Weinert, F. E. (2001). *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Wilson, A., Zwart, E., Everett, I. & Kernick, J. (2009). The clinical effectiveness of nurse practitioners' management of minor injuries in an adult emergency department: a systematic review. *International Journal of Evidenced Based Healthcare*, 7, S. 3-14. doi:10.1111/j.1744-1609.2009.00121.x
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D. & Carman, M. J. (2017). The experience of advanced practice nurses in US emergency care settings. *Journal of emergency nursing*, 43, S. 426ff.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2017.04.007>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege- Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*. Bern: Hans Huber.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: APN-Modell nach Hamric	13
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Deutsche und englische Keywords.....	8
Tabelle 2: Einsatz der Booleschen Operatoren.....	9
Tabelle 3: Übersicht über die sieben eingeschlossenen Studien.....	20

Wort- und Zeichenzahl

Anzahl Zeichen (inklusive Leerzeichen)

Titel und Untertitel: 119

Anzahl Wörter

Abstract: 198

Arbeit: 10'323

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen bedanken, die uns während dem Schreiben dieser Bachelorarbeit beigestanden haben. Im Speziellen danken wir an dieser Stelle Frau Dr. Uta Grosse für die wissenschaftlichen Inputs, die enge Begleitung, sowie für die detaillierten Feedbacks beim Verfassen unserer Bachelorarbeit.

Herzlichen Dank!

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

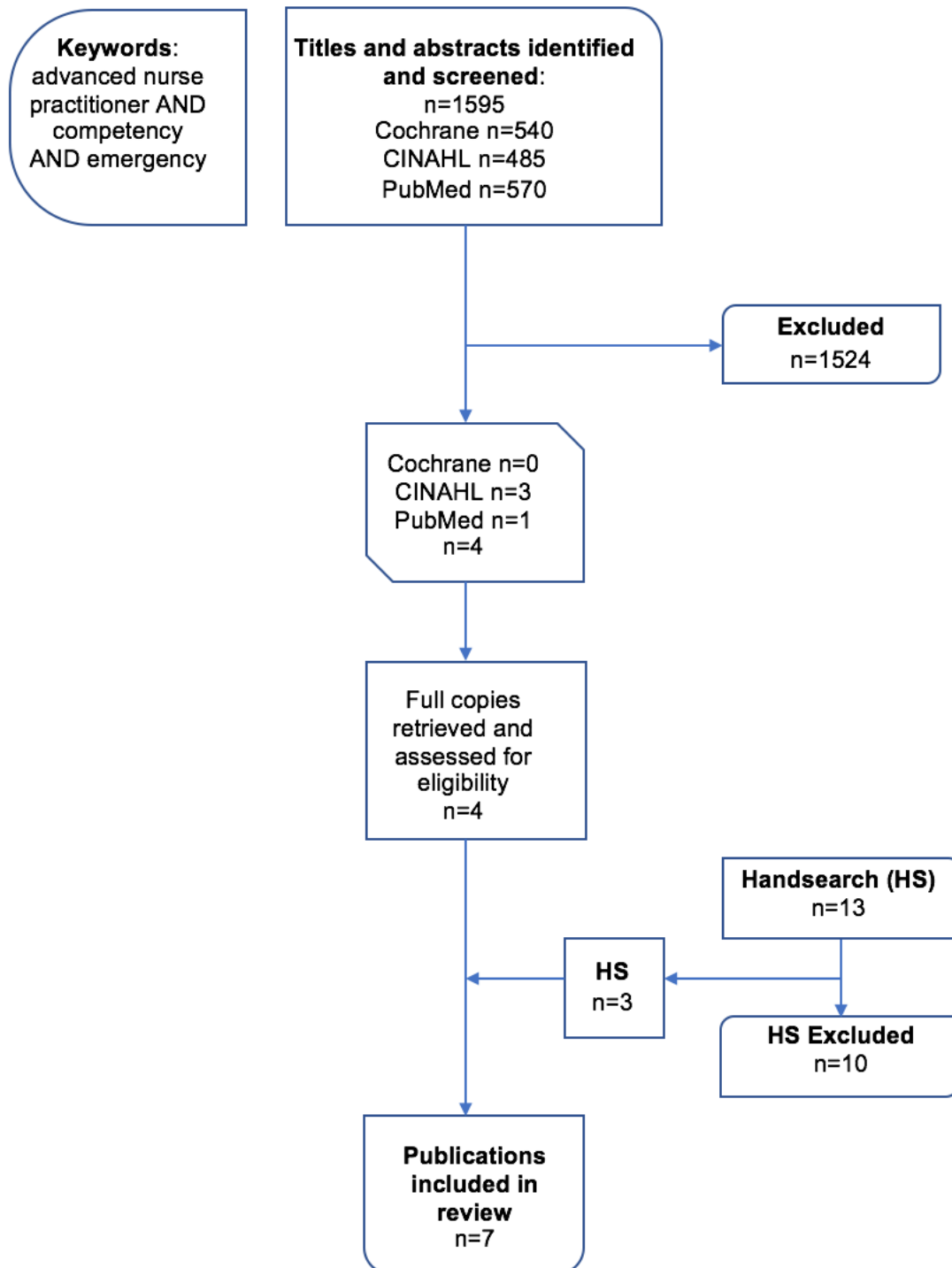
Winterthur, 13.04.2018

Anna Grandits

Barbara Villiger

Anhang

Anhang 1 - Flowchart



Anhang 2

Übersicht über die direkten klinischen Tätigkeiten von APNs in Notfallstationen weltweit

Direkte klinische Tätigkeiten Setting Notfallstation	Wolf et al. (2017) USA	O'Connell et al. (2014) Australien	McConnell et al. (2013) England	Fotheringham et al. (2011) Schottland	Campo et al. (2008) USA	Ramirez et al. (2006) USA	Considine et al. (2006) Australien
Triage und Priorisierung der Notfallaufsuchenden, sowie die Evaluation derer Behandlung und Probleme	x	o	x am Telefon				
Vorläufige Diagnosestellen		o	x				
Vertieftes, systematisches klinisches Assessment und Differentialdiagnostik		o	x			o	
Notfallsituationen erkennen und darauf reagieren		o	x				
Wirksamkeit des Behandlungsplans überprüfen		o	x				
Dokumentation der Krankengeschichte	x	o	x				
Assessment und Behandlung von Gewaltopfern	(x)				x		
Erkennen, sammeln und wahren von Beweisen bei Gewaltopfer	(x) 1-2mal jährlich						
Assessment, Identifikation und Behandlung bei Suizidrisiko	x						

Beurteilen, identifizieren, behandeln, neu bewerten in Bezug auf den Komfort von Sterbenden und deren Familien (Palliativ Care, End of Life Care)	x	o					o
Ganzheitlicher Behandlungsplan implementieren z.B. Familien zentrierte Pflege							o
Verordnung und Interpretation von Laborwerten	x	o	x				(x) verordnen
Interpretation von Blutgasanalysen						x	
Fluoreszin Einfärbungen tätigen						x	
Management bei Nadelstichverletzung				x			
Verordnung und Interpretation von Röntgenbildern	(x)	o	x	x		o interpretieren	x verordnen
Verordnung und Interpretation von Ultraschall-, CT- und MRI-Befunden.	(x)				(x) Ultraschall		x verordnen
Verordnung Nicht-Medikamentöser Therapien (Physiotherapie, Spitex, etc.)	(x)	o					
Verordnung und Interpretation von EKGs	x				x	o interpretieren	
Teilnahme an internen und externen Notfällen, Katastrophen und Pandemien	(x) 1-2mal pro Jahr						

Beurteilen und Handhaben von Sedierungen	(x)				x	
Beurteilen und Intervenieren bei Herz-Lungen-Versagen oder Herzstillstand Basic Life Support (BLS) oder Advanced Life Support (ALS) (Kinder / Erwachsene)	x	o		x	x	o
Beurteilen und Intervenieren bei fortgeschrittenen Atemwegs-Komplikationen	(x)			x	(x) Koniotomie durchführen	o
Verordnen von Interventionen mit technischen Geräten z.B. Dialyse, Intubation, Beatmung etc.					x	o
Intraossäre Nadel setzen					x	
Invasive Interventionen z.B. Zentralvenenkatheter, sowie arterielle Katheter oder Thoraxdrainagen einlegen,					(x)	o
Neurologische Komplikationen beurteilen und handhaben z.B. leichtes Schädelhirntrauma, Lumbalpunktionen	(x)			x	(x)	o
Haut- und Wundpflege durchführen z.B. Behandlung von Bisswunden durch Menschen, Tiere oder Insekten	(x)	o		x	(x)	

Debridement von kleinen Verbrennungen		x		(x)
Kleine Wundverschlüsse mit Klammern oder einfache Naht			x	x
Wunddrainage einlegen			x	
Inzision und Drainageeinlage bei Abszessen			x	
Behandlungen im Bereich von Hals, Nase oder Ohren	(x)	x	x	
Tonsillen Drainage einlegen			(x)	
Nasentamponade einlegen			x	
Augenuntersuchung mittels Tonometer			x	
Behandlung leichter Augenverletzungen		x		
Behandlungen an Thorax und Abdomen durchführen z.B. stumpfes Thoraxtrauma	(x)	x		
Behandlungen am Muskel-Skelett-System durchführen z.B. bei Schleudertrauma, Schenkelhalsbruch, Knie-, Hüft-, Ellenbogen- und Schulterverletzungen, oder bei Rückenschmerzen im Lendenbereich	(x)	x		x
Extremitätenblockaden			(x)	

durchführen (intradural/ epidural)							
Fremdkörperentfernung von weichem Gewebe, wie bsp. am Auge oder an Extremitäten			x		x		
Grosse Knochenbrüche behandeln					(x)		
Extremitäten schienen			x		x		
Digitale Nervenblockaden durchführen					x		
Finger-/Zehennägel entfernen			x		x		
Dislokationen beheben		o			x		
Kleine Frakturen behandeln					x		
Medikamente in Gelenke injizieren					x		
Gelenkspunktion					x		
Gynäkologische und rektale Behandlungen ausführen	(x)		x		x		
Geburtshilfe z.B. Gesundheit Pränatal erfassen, Schwangerschaftsdiagnostik, Notfallgeburten durchführen					x	o	(x)
Medikamente bestellen, verordnen, verschreiben, verabreichen		o	x	x		x	x
Lokalanästhetika verabreichen					x		

Magensonde einsetzen					x
Management bei verschlucktem Fremdkörper			x		
Perkutane endoskopische Gastrostomie-Sonde einlegen					(x)
Austritte und Überweisungen organisieren, beispielsweise Patienten-Faltblätter zu spezifischen Themen/Schulung abgeben, Überweisungsberichte erstellen, Nachkontrolltermine einholen, Verlegungen oder stationäre Aufnahmen organisieren	o	x			x
Gesundheitsförderung und Prävention	o	x			o
Nadel-Thorakotomie durchführen, Thoraxdrainage einlegen					(x)

Anmerkung. x = ausgeführt von ≥ 20 Prozent der APNs; (x) = ausgeführt von ≤ 19 Prozent der APNs; o = ausgeführt ohne Prozentangabe

Anhang 3

Zuordnung der APN-Kompetenzen der eingeschlossenen Studien zu Hamrics APN-Kompetenzen

Hamrics Kompetenzen	Wolf et al., 2017 USA	O'Connell et al., 2014 Australien	McConnell et al., 2013 England	Fotheringham et al., 2011 Schottland	Campo et al., 2008 USA	Ramirez et al., 2006 USA	Considine et al., 2006 Australien
Ethische Entscheidungsfindung	+						
Coaching und Führung	+		x				
Konsultation und Beratung	+	o	+			o	
Forschungsfähigkeiten	+		x			o	+
Klinisches und professionelles Leadership	+		x				
Zusammenarbeit	+	o				o	
Direkte klinische Tätigkeit	+	o	+	+	+	o	+

Anmerkung. + = ausgeführt von ≥ 20 Prozent der APNs; (x) = ausgeführt von ≤ 19 Prozent der APNs; o = ausgeführt ohne Prozentangabe

Anhang 4

Rollentitel und Ausbildungsniveau des jeweiligen Samples

Sample	Wolf et al., 2017 USA	O'Connell et al., 2014 Australien	McConnell et al., 2013 England	Fotheringham et al., 2011 Schottland	Campo et al., 2008 USA	Ramirez et al., 2006 USA	Considine et al., 2006 Australien
Bildungsniveau In Pflege	Master oder Dokortitel	Keine Angaben	Keine Angaben	Master ENP-Kurs oder andere	PhD Post-Master Master NP-Zertifikat oder andere	NP mit ENP- Programm oder NP- Zertifikat	ENPs in Ausbildung
Rollentitel	NP/ CNS	ENP	ENP	ENP	NP	ENP/ NP	ENP(C)

Anmerkung. NP = Nurse Practitioner, CNS = Clinical Nurse Specialist, ENP = Emergency Nurse Practitioner,
ENPC = Emergency Nurse Practitioner Candidate

Anhang 5 - Zusammenfassung und Kritische Würdigung der inkludierten Studien

Studie 1: The experience of advanced practice nurses In US emergency care settings.

Referenz: Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D. & Carman, M. J. (2017). **Land:** USA.

Zusammenfassung der Studie 1

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung</p> <p>In Notfallstationen der USA gab es signifikante Lücken bezüglich Konzepten und Definitionen zu Ausbildungs- und Praxiskompetenzen einer Advanced Practice Registered Nurse (APRN). Zusätzlich gab es keine wissenschaftlich fundierten Empfehlungen, bezüglich der Validation solcher Kompetenzen.</p> <p>Ziel der Studie</p> <p>Das Ziel war es folgende Punkte bezüglich APRNs in Notfallstationen zu ermitteln.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikation spezifischer APRN Kompetenzen 2. Art des Fertigungs- und Kompetenz-Erwerbs, sowie deren Praxisumsetzung 3. Häufigkeit der Anwendung dieser Kompetenzen 4. Häufigkeit der Evaluation der erlernten Kompetenzen 5. Identifikation förderlicher und hinderlicher Faktoren bezüglich Ausübung der Kompetenzen <p>Ethik</p> <p>Informed Consent der Teilnehmenden wurde eingeholt.</p>	<p>Design & Begründung</p> <p>Durchgeführt wurde eine explorative Mixed-Method Studie. Wobei der quantitative Teil aus einer schriftlichen Umfrage und der qualitative Teil aus Fokusgruppeninterviews bestand. Das Mixed-Method Design wurde gewählt, um die Situation der APRNs in Notfallstationen der USA umfassend zu erforschen.</p> <p>Quantitatives Sample & Rekrutierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • APRNs in Notfallstationen, Englisch sprechend, Registriert bei der ENA (n = 8102), > 18 Jahre, • Inserat per E-Mail und Social Media mit Link zur Umfrage • n = 146 (ausgefüllte und retournierte Umfragen) <p>Datenerhebung & Analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenerhebungs-Intervall: Juni-Juli 2015 • 57 Fragen, Delphi-Studie (2010) war Inspiration • Demografische Daten wurden online erhoben (Qualtrics (Provo, UT) Software) • Die Analyse erfolgte mittels Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 22s <p>Qualitatives Sample und & Rekrutierung (n = 24)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle registrierten APRNs, welche an der Emergency Nursing Conference in Orlando 2015 teilgenommen hatten, Inserat über Social Media und E-Mail <p>Fokusgruppeninterviews</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demografische Daten wurden online erhoben • Moderierte stündige Gruppeninterviews (8-12 Teilnehmende) --> Notizen, Feldnotizen und Audios durch Forschende <p>Datenanalyse</p> <p>Analyse der Transkripte und Feldnotizen nach Mayring, P. (2015), induktive Kategorienbildung. Finale Kategorienbildung war nach Einverständnis der Interdecoder und deren Interpretation erreicht. Zwei Experten überprüften die Richtigkeit der Ergebnisse.</p>	<p>Die fünf Forschungsfragen wurden primär über die Umfrage beantwortet, weitere Kontexte und Erklärungen ergaben sich aus den Fokusgruppeninterviews. Die ermittelten Kompetenzen, stammten aus der Delphi-Studie, in der APRN Tätigkeiten in Notfallstationen ermittelt wurden.</p> <p>Quantitativ (vergleiche mit den 5 Zielen, Einleitung)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direkte Patiententätigkeiten (Triage, Assessment, Dokumentation, etc. → siehe Tabellen im Anhang der Studie) 2. Kompetenzen wurden im indirekten und direkt Praxisumfeld vermittelt. Als zusätzlich förderlich wurden Weiterbildungen und der akademische Austausch empfunden. 3. Der grösste Teil der direkten Praxistätigkeiten wurde nur sehr selten überprüft. 4. Instabile Patientensituationen wurden selten selbständig betreut, da ungenügend erlernt. Alltäglich wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit, stationsübergreifendes Management, Schulung und Beratung von Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörigen, sowie von anderen Pflegeanbieter empfunden. <p>Qualitativ</p> <p>Die Resultate wurden in fünf Themenbereiche unterteilt, differenziert beschrieben und mit Zitaten hinterlegt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schulung im Praxisumfeld 2. Umfang der praktischen Tätigkeiten 3. Hinderliche Faktoren für volle Praxistätigkeit 4. Begünstigende Faktoren für die Praxistätigkeit 5. Herausforderung der Sicherstellung und Evaluation der Kompetenzen 	<p>Es konnte aufgezeigt werden, dass hinsichtlich der Ausbildung von APRNs und deren autonome Tätigkeitsbereiche eine grosse Variabilität existierte. Zusätzlich für eine bessere Akzeptanz der NPs bei den Ärzten, wurde vorgeschlagen, dass APRNs zusammen mit Assistenzärzten die notfallspezifische Spezialisierung besuchen sollten. Ebenso wurden hinderliche Faktoren genannt, welche Ursache dafür sind, dass APRNs keine höheren Kompetenzen ausführen konnten.</p> <p>Fazit:</p> <p>Ausbildungsprogramme für APRNs in Notfallstationen sollten auf deren Umsetzbarkeit in der Praxis, als auch hinsichtlich einer Standardisierung, sowie in Bezug auf die Betreuung kardio-pulmonal instabiler Notfallaufsuchenden, evaluiert werden. Zusätzlich sollten institutionelle und andere Barrieren hinsichtlich der Ausführung autonomer Praxiskompetenzen durch APRNs in Notfallstationen angegangen werden.</p> <p>Weiter Forschungsbedarf wird aufgezeigt.</p>

Kritische Würdigung der Studie 1

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Studienwahl</p> <p>Die Studie ist passend zur Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit, "Welche weltweiten Aufgabenbereiche und Kompetenzen haben Advanced Practice Nurses (APNs) in Notfallstationen?" da sie die aktuellen Kompetenzen und praktischen Fähigkeiten von APNs in Notfallstationen in den USA erforschte.</p> <p>Forschungsfrage /Ziel</p> <p>Eine Forschungsfrage oder Hypothesen wurde nicht explizit formuliert jedoch sind die fünf Ziele der Studie klar formuliert.</p> <p>Das Thema, sowie die Relevanz der Studie wurde nachvollziehbar aufgezeigt und mit empirischer Literatur hinterlegt.</p>	<p>Begründung des Studiendesigns</p> <p>Das Mixed-Method-Design wurde gewählt, da damit die komplexe Fragestellung umfassend erforscht werden konnte.</p> <p>Sample quantitativ</p> <p>Die Kriterien für die Stichprobe (n = 146) erscheinen sinnvoll. Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebogen war jedoch sehr gering (nur 146 ausgefüllte Fragebogen von potentiell 8102 geeigneten Teilnehmenden). Vermutet wurden technische Barrieren (z.B. E-Mail Spam). Die Forschenden stellten die Übertragbarkeit der Resultate auf die Population jedoch der geringen Datenlage in Frage. Zur Evaluation der quantitativen Daten, wurden dem Design entsprechend, die Resultate der Fokusgruppeninterviews hinzugezogen.</p> <p>Sample qualitativ</p> <p>Das Sample (n = 24) scheint repräsentativ und übertragbar auf die Population. Die Forschenden deklarierten, dass die Auswahl der Teilnehmenden gegebenenfalls zu homogen gewählt war, da die Teilnehmenden alle an derselben Konferenz waren.</p> <p>Interne & externe Validität</p> <p>Es gab keine Anreize für die Teilnahme.</p> <p>Datenerhebung quantitativ</p> <p>Das Ausfüllen der strukturierten Fragebögen (geschlossene Fragen --> im Anhang der Studie ersichtlich) war für alle Teilnehmenden vergleichbar.</p> <p>Datenerhebung qualitativ</p> <p>Die fünf festgelegten Forschungsziele, welche die Interviews strukturierten, sowie die feste Moderation durch einen Forschenden, kann von vergleichbaren Bedingungen der einzelnen Gruppeninterviews ausgegangen werden. Die gewählte Interview-Dauer von einer Stunde bei acht bis zwölf Teilnehmenden könnte nicht wirklich für eine umfassende Datensättigung gereicht haben.</p> <p>Schriftliche Umfrage / Fragebogen</p> <p>Der Fragebogen war reliabel und valide, gemäss der Emergency Nurses Association, und von Expertinnen und Experten in Notfallpflege bezüglich der Praktikierbarkeit evaluiert. Aufgrund dessen kann von einem geeigneten Messinstrument ausgegangen werden.</p> <p>Datenanalyse quantitativ: Daten wurden mittels SPSS analysiert und aufgelistet.</p> <p>Datenanalyse qualitativ: Datenanalyse aus transkribierten Interviews wurde differenziert beschrieben und mit Referenzen hinterlegt. Member-Checkings und Peer-Debriefings erhöhten die Glaubwürdigkeit und Zuverlässigkeit der Ergebnisse.</p> <p>Ethik</p> <p>Es wurde lediglich der Informed Consent der Teilnehmenden erwähnt.</p>	<p>Demografische Daten quantitativ und qualitativ</p> <p>Wurden tabellarisch dargestellt und erscheinen vergleichbar.</p> <p>Ergebnisse</p> <p>In der gesamten Studie wurde keine Angabe gemacht, inwiefern sich die Rolle einer Clinical Nurse Specialist (CNS) von der einer Nurse Practitioner (NP) in Notfallstationen in den USA unterscheidet.</p> <p>- quantitativ</p> <p>Die Ergebnisse wurden spezifisch auf die Fragestellungen in einem Fliesstext, sowie tabellarisch dargestellt. Der Fliesstext hebt die wichtigsten Eckdaten der Tabelle hervor.</p> <p>- qualitativ</p> <p>Die Resultate wurden in fünf Themenbereiche unterteilt, differenziert beschrieben und mit aussagekräftigen Zitaten hinterlegt. Die Zitate sind nummeriert und beschriftet. Zusätzlich wurde ein konkreter Praxisbezug aufgezeigt.</p> <p>Die fünf Kategorien entsprachen in etwa den fünf Zielen der Studie --> Dies könnte darin begründet sein, dass die Fragestellungen der Interviews die Datenanalyse dominierten.</p>	<p>In der Diskussion wurde ein klarer Bezug zu den Ergebnissen und der vorherrschenden Situation der APNs in der Praxis gemacht. Zusätzlich wurde in der vertieften Diskussion der Fokus auf Barrieren, sowie möglicher Lösungswege für die Praxis von APNs in Notfallstationen gelegt. Diese Überlegungen wurden differenziert und vorausschauend dargelegt. Als Referenz wurden empirische Quellen angegeben</p> <p>Implikationen für APNs</p> <p>Es wurden Vorschläge gemacht, wie die Umsetzung der Praxis auf dem fortgeschrittenen Level einer APN angepasst werden könnte.</p> <p>Fazit:</p> <p>Die Schlussfolgerungen wurden klar und prägnant ausformuliert. Sie wiesen konkret daraufhin, wie mögliche weitere Schritte aussehen könnten, damit die bestehende Situation der APNs in Notfallstationen der USA optimiert werden könnte.</p>

Einschätzung der Güte der Studie 1

Quantitative Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität des quantitativen Teils der Studie ist gegeben, da die Umfrage ohne den Einfluss der Forschenden ausgefüllt wurde.

Der Fragebogen wurde im Vorherein von der ENA und weitere Expertinnen und Experten in Notfallpflege überprüft, wobei dessen Reliabilität und Validität bestätigt wurde.

Qualitative Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985)

Gemäss der Studie, lag während dem Forschungsprozess keine Confirmability (Bestätigung) vor. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass eine externe Person den Forschungsablauf begleitet hätte.

Das Forschungsteam reflektierte die Analyseschritte stetig und befand die endgültigen Kategorien, nach gegenseitiger Übereinstimmung und gemeinsamer Interpretation, für richtig. Zusätzlich wurde die Genauigkeit der Ergebnisse von zwei anderen Experten mit fortgeschrittener Notfallpflege-Praxis angeschaut. Die Dependability (Zuverlässigkeit) der Analyse kann bis auf die Tatsache, dass die anderen Experten keinem hochschulinternen oder -externen Gremium angehörten, bestätigt werden.

Die Credibility (Glaubwürdigkeit) des Forschungsprozesses wurde mittels Feldnotizen, weiteren Notizen, Tonbandaufnahmen und anschliessender Transkription, sowie Peer-Debriefings und Member-Checkings gesichert. Es kann von einer sogenannten Triangulation ausgegangen werden.

Die Transferability (Übertragbarkeit) ist gewährleistet, da die erhaltenen Ergebnisse eine hohe Relevanz für den Praxisalltag aufweisen. Zusätzlich wurden bei der Darstellung der Ergebnisse plausible, nummerierte und beschriftete Zitate aus den Interviews verwendet.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels der Studie 1 nach DiCenso et al. (2009)

Die Studie 1 ist eine Einzelstudie und befindet sich auf dem untersten Level der 6 S Pyramide.

Studie 2: Profiling emergency nurse practitioner service. An interpretive study.

Referenz: O'Connell, J., Gardner, G. & Coyer, F. (2014). **Land:** Australien.

Zusammenfassung der Studie 2

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen</p> <p>Grosse vorherrschende Varianz der Rolle und Kompetenzen einer ENP in Australien</p> <p>Literaturgestützter Hintergrund</p> <p>Seit mindestens 30 Jahren waren NPs Teil der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Notfallstationen in Australien. Studien belegten, dass die Patientenzufriedenheit und eine effiziente Versorgung (verkürzte Wartezeiten) durch den Einsatz von NPs auch die Akzeptanz der ENP Rolle verbessert hat.</p> <p>Versorgungsengpässe in Notfallstationen hatten zudem in den letzten Jahren die Entwicklung der ENP vorangetrieben. Leichte Verletzungen / Krankheiten wurden zunehmend von ENPs behandelt (Fast-Track-Modell).</p> <p>Das volle Potenzial der ENP Rolle würde jedoch noch immer eingeschränkt, insbesondere auf dem Land</p> <p>Ziel</p> <p>Diese Studie befasste sich mit dem Ziel das Praxisprofil einer ENP in Australien zu identifizieren.</p>	<p>Design inklusive Begründung</p> <p>Diese qualitative Studie war Teil einer nationalen Studie. Als Studiendesign wurde ein interpretativer, induktiver Ansatz gewählt. Mittels dieses Ansatzes könnten klinische Erfahrungen prädestiniert beobachtet und erforscht, sowie spezifisches Wissen zu einem Phänomen generiert werden.</p> <p>Population</p> <p>Alle ENPs in Australien, welche in Notfallstationen arbeiteten.</p> <p>Sample (n = 20)</p> <p>Einschlusskriterien: qualifizierte ENPs, tätig in Notfallstationen. Einladung erfolgte an der Nationale Konferenz des Australischen Colleges of NPs im September 2012 und auf deren Website im Oktober 2012. 20 von 46 potentiellen Teilnehmenden wurden per Randomisierung und proportional zur Grösse ihrer Population im jeweiligen Staat, ausgewählt.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Dezember 2012 bis Februar 2013, semistrukturierte Einzelinterviews, welche ungefähr 21 – 75 min. dauerten. Forschungsfragen: 1. <i>Wie sieht das Praxisprofil einer ENP-Rolle in Australien aus?</i> 2. <i>Wie beschreiben ENPs ihre Praxistätigkeiten in Notfallstationen?</i></p> <p>Verbatim Transkription der Audios. Entzifferung und Kodierung. Anonymisierung durch Pseudonyme.</p> <p>Der Ethikantrag bewilligt von universitären Ethik-Kommission für Humanforschung. Standards für ethisches Forschungsverhalten in Australien wurden eingehalten.</p> <p>Datenanalyse / Methodologische Reflexion</p> <p>Daten wurden systematisch untersucht und nach interrogativem Ansatz (Silverman, 1997) kodiert → 1. Geht es um die Forschungsfrage? 2. Was passiert? 3. Was ist wichtig?) → Kodier-Rahmen. Umfassender Kodes in sinnvolle Gruppen organisiert. --> Identifikation und Zusammenfassung zu Bedeutungskategorien. Dieser Prozess verlief nach Richards und Morse (2013) --> Interpretation von Themen veredelte die Daten mit einer breiteren Bedeutung, womit eine neue Theorie erschaffen wurde</p>	<p>Von den Teilnehmenden wurde bestätigt, dass es auf Australiens Notfallstationen kein klar definiertes Model für die ENP Rolle gibt. Eine Liste von technischen Fähigkeiten und Arbeitsschritten wurde diskutiert, diese wurden ergänzt, mit dem Eingehen auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten während der klinischen Versorgung.</p> <p>Erstelltes Modell</p> <p>Das "Interpretive-Framework-Modell" stellte die ENP-Praxis in Australischen Notfallstationen umfassend dar. Es bestand aus drei Modi, wobei die Zusammenarbeit alle drei Modi verband.</p> <p>1. Modus: Schnelle ENP Tätigkeiten</p> <p>Von akuter Aufmerksamkeit geprägt → Umfasst Sofortmassnahmen in akuter Lebensbedrohung bis zu stabileren Herz-Kreislaufsituationen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sofortige Einschätzung d. Situation 2. Priorisieren, delegieren 3. Stabilisieren und Entlasten bei Lebensgefahr <p>→ Konzeptionelle Themen: Triage, Entlasten und Wiederherstellen</p> <p>2. Modus: Vertiefte, fokussierte Tätigkeiten</p> <p>Bsp. Verordnen und Verabreichen von Medikamenten, Assessment, stabile Kreislaufüberwachungen</p> <p>→ Konzeptuelle Themen: Clinical Assessment, Anamnese, Übersetzung der Symptome in eine ‚Diagnose‘ (systematisch), Behandlung evaluieren</p> <p>3. Modus: Austritts- & Verlegungsmanagement</p> <p>→ Konzeptuelle Themen:</p> <p>Umfassende Beurteilung bezüglich Verlegungsmanagement, Austrittsorganisation (Entlassungspapiere schreiben, Spitex organisieren, Medikamente verordnen, etc.).</p>	<p>Es wurde darauf hingewiesen, dass eine ENP Rolle, welche aus einer Liste von Kompetenzen oder einem Standard erstellt werden würde (wie von den USA vorgeschlagen), nicht dem Stand einer höheren Rolle, welche von einer Profession entwickelt und über kritische und analytische Fähigkeiten in der Entscheidungsfindung verfügte, entsprechen könnte.</p> <p>O'Connell et al. (2014) betonten, zudem, dass die Ergebnisse dieser Studie aussagekräftig für sämtliche Notfallstationen wären, da die Studienteilnehmenden ein breites Spektrum abgedeckt hätten, welches im internationalen Vergleich entsprechen würde.</p> <p>Fazit</p> <p>Das "Interpretive-Framework-Modell", als auch eine Liste von spezifischen ENP-Kompetenzen, wie von den USA vorgeschlagen, sowie die Zusammenarbeit mit weiteren internationalen Berufsverbänden und Forschungsteams, könnte dazu beitragen, dass künftig eine solide Evidenzbasis für eine internationale bildungspolitische Vorbereitung der ENP sowie eine internationale Entwicklung von ENP-Praxisstandards möglich würden.</p>

Kritische Würdigung der Studie 2

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen</p> <p>Die vorherrschende, grosse Varianz der Rolle und Kompetenzen einer Emergency Nurse Practitioner (ENP) in Australien, wurde klar beschrieben und scheint relevant für die Entwicklung einer klar definierten ENP Rolle.</p> <p>Bezug zur Literatur</p> <p>Der Argumentationsaufbau bei der Herleitung des Ziels und Zwecks der Studie wurde nachvollziehbar gestaltet und mit Literaturangaben hinterlegt.</p> <p>Ziel</p> <p>Das Ziel der Studie wurde explizit dargestellt.</p>	<p>Design</p> <p>Die Begründung für die Wahl des Studiendesigns erscheint sinnvoll in Verbindung zur Forschungsfrage.</p> <p>Sample</p> <p>Die Stichprobe von n = 20, war proportional zur Populationsgrösse von ENPs in den jeweiligen Staaten von Australien und erscheint als sinnvoll und repräsentativ für die Population. Die Stichprobe erlebte das Phänomen.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>In den Einzelinterviews ging es um das menschliche Erleben, soziale Prozesse, Verhalten, Muster und Weiteres. Eine genaue Beschreibung der Durchführung der Interviews, sowie der Vergleichbarkeit der Interviews wurde vorgenommen. Angaben für die Datensättigung werden, neben den zwei gestellten Forschungsfragen und der Offenheit für neue Themen, keine gemacht. Die Dauer der Interviews war unterschiedlich lang.</p> <p>Methodologische Reflexion</p> <p>Es wurde ein induktiver Ansatz gewählt um die Interview-Daten zu untersuchen und Kategorien und Erklärungen generieren zu können. Referenzangaben wurden vermerkt.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Das Vorgehen wurde ausführlich beschrieben. Referenzangaben bezüglich Analysemethoden sind schriftlich festgehalten.</p> <p>Die Autorinnen und Autoren nahmen in zwei Abschnitten Bezug zur Gültigkeit und Reflexivität der Studie. Dabei wurde erwähnt, dass alle drei Autoren (alle auf Niveau PhD in Nursing, mit Hintergrund in ENP, NP und Intensivpflege) in den analytischen Prozess involviert waren. Die Erstautorin, war selbst eine ENP, und hatte eigene Ideen und Werte in Bezug auf die ENP-Praxis in die Forschung eingebracht. Sie führte zudem während des gesamten Projektes ein reflektierendes Journal, indem sie die Arbeit der Datensammlung, -kodierung und -analyse, sowie ihre diesbezüglichen Reaktionen dokumentierten. Daraus entstanden neue An- und Einsichten ins Thema. Dieser Prozess beeinflusste wiederum die Überprüfung der Analyse und Interpretation und trug zur Glaubwürdigkeit der Ergebnisse bei.</p> <p>Sämtliche Schritte des Kodierens, des In-den-Kontext-Setzens und Kategorienbildens, wurden von Ko-Autorinnen und -Autoren untersucht und überprüft.</p>	<p>Darstellung</p> <p>Der Interpretative-Rahmen wurde in der Studie abgebildet. Darin sind die einzelnen Praxismodi, sowie das verbindende Element, die Zusammenarbeit, dargestellt.</p> <p>Die Interpretation der drei Praxismodi wurde ausführlich beschrieben und mit Zitaten hinterlegt. Die Zitate sind nicht beschriftet worden, dennoch wirken sie sinnvoll gewählt und sind im Kontext verankert.</p> <p>Zusätzlich wurde erwähnt, dass die ENPs in den Interviews ihre Rolle umfassender beschrieben haben, als das alleinige Aufzählen von erlernten/erworbenen praktischen Fähigkeiten.</p> <p>Das Ziel, das Praxisprofil einer ENP auf einer Notfallstation in Australien umfassend zu erforschen konnten die Autorinnen und Autoren erreichen. Die Ergebnisse zeigen eine reichhaltige, strukturierte und umfassende Beschreibung der damaligen ENP Rolle auf Australiens Notfallstationen.</p>	<p>Das "Interpretive-Framework-Modell" konnte als konzeptionelles Modell, ein besseres Verständnis der ENP Rolle zum Zeitpunkt der Studierhebung darstellen.</p> <p>Die Forschungsfragen wurde durch die Ergebnisse beantwortet.</p> <p>Die Forschungsergebnisse wurden rege diskutiert und mit anderer empirischer Literatur in einen Diskurs gesetzt. Referenzangaben sind vorhanden.</p> <p>Daraus entstand ein neuer Ansatz (international), der für die Entwicklung einer ENP-Rolle bedeutend sein könnte.</p> <p>Fazit</p> <p>Die Autorinnen und Autoren der Studie stellten mit ihrem Praxisrahmen ein neues Element in die Erforschung der ENP-Rolle und der Definition deren Einsatzbereiches dar. Sie sahen in einer internationalen Zusammenarbeit zum Thema die besten Möglichkeiten für die evidenzbasierte Entwicklung der ENP Rolle.</p>

Einschätzung der Güte der Studie 2

Qualitative Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985)

Gemäss der Studie lag während dem Forschungsprozess keine Confirmability (Bestätigung) vor. Sämtliche Schritte des Kodierens, des in Kontext-Setzens und des Kategorienbildens, wurden von den Ko-Autorinnen und -Autoren (beide mit NP oder Intensivpflege Hintergrund, sowie einem PhD-Titel in Pflegewissenschaften) untersucht und überprüft. Eine kontinuierliche Evaluation durch eine externe Person wurde jedoch nicht erwähnt.

Die Dependability (Zuverlässigkeit) der Analyse konnte bis auf die Tatsache, dass die anderen Experten vermutlich keinem hochschulinternen oder externen Gremium angehörten bestätigt werden.

Die Credibility (Glaubwürdigkeit) ist teilweise vorhanden. Der Analyseprozesse wurde von der Erst-Autorin kontinuierlich und zeitnah in einem Journal reflektiert. Dieses Journal wurde bei der Prozess- und Outcome-Überprüfung von den Co-Autorinnen und Co-Autoren mit einbezogen. Es werden keine konkreten Angaben zu Triangulationen, Peer-Debriefings oder Member-Checkings gemacht. Lediglich die Angabe, dass die Überprüfung des Forschungsprozesses und dessen Outcomes, wie schon genannt, von den Ko-Autorinnen und -Autoren bewerkstelligt worden war, wurde festgehalten. Inwiefern dabei ein Austausch oder eine Diskussion zum Thema stattgefunden hatte, kann aufgrund fehlender Angaben nicht bestätigt werden. Einzelne Schritte der Reflexion wurden mit Quellenangaben hinterlegt.

Die Transferability (Übertragbarkeit) kann insofern bestätigt werden, dass im Ergebnisstil einzelnen Praxismodi ausführlich beschrieben und mit Zitaten, welche weder nummeriert noch beschriftet sind, hinterlegt wurden. Die Zitate wirken dennoch sinnvoll und sind im Kontext verankert. Das "Interpretive-Framework-Modell" wurde zudem in der Studie dargestellt und nachvollziehbar erklärt.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels der Studie 2 nach DiCenso et al. (2009)

Die Studie 2 ist eine Einzelstudie und befindet sich auf dem untersten Level der 6 S Pyramide.

Studie 3: Emergency nurse practitioners' perceptions of their role and scope of practice: Is it advanced practice?

Referenz: McConnell, D., Slevin, D. & McIlfatrick, S. J. (2012). **Land:** England

Zusammenfassung der Studie 3

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen und Ziel</p> <p>Im Vereinigten Königreich herrscht, wie auch in vielen anderen Ländern, eine grosse Uneinigkeit über die Advanced Practice Rollen, sowie deren Kompetenzen, Registrierung und Titel. Pflegefachpersonen auf Notfallstationen erbringen Aufgaben, welche über den normalen Aufgabenbereich der "traditionellen Pflegefachpersonen" hinausgehen. Es wird von den Pflegenden ein hohes Mass an Autonomie, Autorität und Verantwortung gefordert. Die vorherrschenden unterschiedlichen Rollen und Ebenen der Praxis zeigen eine Praxisvielfalt auf, sowie den Bedarf an einer Klärung der Rolle und Umfang der Praxis von ENPs. Die Aufsichtsbehörde für Pflege und Hebammen (NMC) machte daher Vorschläge für einen Befähigungsstandard für Advanced Nurse Practitioner (APN) und von den Behörden wird eine Klärung eingefordert.</p> <p>Das Ziel der Studie ist es die Rolle und den Umfang der ENP-Praxis in Nordirland (NI) zu bestimmen und festzustellen, inwieweit sie die Kriterien für eine ANP erfüllen könnten. Prüfung der Ausbildung, die zur</p>	<p>Ansatz / Design</p> <p>Für die Erhebung der Daten wurde ein Fragebogen, welcher sowohl aus offenen, wie auch geschlossenen Fragen bestand, kreiert. Um die Validität des Inhalts sicherzustellen, wurden die Fragen anhand der aktuellen Literatur, früheren Studien und dem ausformulierten Befähigungsstandard der NMC erarbeitet. Der fertige Fragebogen wurde vorab mit 6 ENP getestet und aufgrund derer Rückmeldungen minimal angepasst.</p> <p>Population, Sample & Rekrutierung</p> <p>Die Population umfasste alle ENPs (n=60), welche in den 16 A& E-Abteilungen und den 4 Minor Injury Units in NI arbeiten.</p> <p>Insgesamt wurden 60 Fragebögen anonym an ENPs, von den oben genannten Stationen, gesandt. Ebenfalls wurde ein vorausbezahlter adressierter Umschlag für die Rücksendung beigelegt.</p> <p>Zur Erinnerung für die Abgabe wurde an jede Abteilung ein Erinnerungsschreiben versendet.</p> <p>Ethik</p> <p>Die ethische Genehmigung für die Durchführung der Studie wurde beim Amt für Forschungsethik in Nordirland eingeholt. Ebenfalls wurde erwähnt, dass die Teilnahme anonym und freiwillig war.</p> <p>Datenerhebung & -analyse</p> <p>Quantitative Daten wurden mit SPSS Version 11.5 analysiert. Die Kategorien wurden durch die offenen Fragen identifiziert. Deskriptive Statistiken wurden verwendet, um Häufigkeiten und Mittelwerte zu ermitteln. Die von den ENPs gemeldeten Tätigkeitsbereiche wurden anhand des ANP-</p>	<p>Die Ergebnisse wurden durch die drei Unterfragen, welche in den Zielen ausformuliert wurden, beantwortet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Ausbildung, die zur Vorbereitung einer ENP-Rolle durchgeführt werden <ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung wurde schon auf dem primären Bereich vorgenommen (n=15) - Nach Abschluss des Studiums (n=11) - Kurzurse oder eigenständige Module (n=13) - Interne Schulungen (n=3) • Untersuchung der derzeitigen Rollen und des Anwendungsbereichs von ENPs und der Faktoren, die dies bestimmen <p>Der Anwendungsbereich der ENPs wurde multifaktoriell beeinflusst: eigene Kompetenz, Wünsche der Patientinnen und Patienten, Protokolle, Pflegemanagement etc.</p> <p>Die grössten Hindernisse für die Autonomie der ENPs waren der Mangel an Rollenprogression, Kontrolle der Rolle anderer und die hohe klinische Arbeitsbelastung.</p> <p>ENPs arbeiteten mehrheitlich innerhalb der ihnen vorgeschriebenen Protokolle, wobei durch die Umfrage nicht klar wurde, ob dies nun eine Bereicherung oder Einschränkung darstellte.</p> <p>Von ENPs wurden folgende Tätigkeiten übernommen:</p> <p>Röntgenaufnahmen machen und interpretieren</p> <p>Schichtverantwortung/ Stationsleiterpflichten</p> <p>Medikamente verschreiben, Aufnahme, Überweisungen etc. (siehe Tabelle 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um festzustellen, inwieweit die ENP die derzeit vorgeschlagenen Kompetenzen (klinische Rolle, Bildung, Forschung, Prüfung, Führung, Management, Expertenrolle) der ANP erfüllen. <p>In allen Fällen dominierte die klinische Rolle, die anderen Rollen werden nur zu sehr geringen Prozentsätzen übernommen. Ebenfalls war auch ausserhalb des eigenen Bereiches</p>	<p>Ausbildung für die Rolle der ENP</p> <p>Es wurde keine Standardisierung gefunden, da verschiedenste Schulungsprogramme in NI vorherrschen. Jedoch wurde klar ersichtlich, dass eine kurzfristige Bildungslösung die Rolle der ENPs einschränkt. Im Vereinigten Königreich wird eher auf klinische Praxis, als auf ein akademisches Studium Wert gelegt.</p> <p>Bandbreite der Endlöhnung</p> <p>Die Endlöhnung war schon in dieser kleinen Population unterschiedlich, es konnte nicht genau erklärt werden, auf welche Kriterien geachtet werden.</p> <p>Rolle und Umfang der Praxis</p> <p>Aufgrund eines soliden Wissens, Fachkenntnis, individueller Tätigkeiten erhielten die Pflegenden Autonomie. Es existierten aber auch viele Hindernisse, welche diese behinderten. Die Rolle der ENP wurde daher von vielen externen Faktoren beeinflusst. Das Management unterstützte die ENPs mehrheitlich und andere Berufsgruppen galten eher als Hindernis. Der Mangel an ENPs führte ebenfalls häufig dazu, dass diese anderen Aufgaben übernehmen mussten. Die meisten ENPs gaben an, dass keine Protokolle vorhanden waren, nach denen sie arbeiten mussten. Dies gab ihnen Flexibilität, brachte sie</p>

<p>Vorbereitung einer ENP-Rolle durchgeführt werden.</p> <p>Untersuchung der derzeitigen Rollen/des Anwendungsbereichs von ENPs und der Faktoren, die dies bestimmen. Um festzustellen, inwieweit die ENP die derzeit vorgeschlagenen Kompetenzen der ANP erfüllen.</p>	<p>Rahmens für die Erreichung der Kompetenzen bewertet.</p>	<p>niemand beteiligt an der Praxisentwicklung oder organisatorischen Entscheidungsfindungs-, Gesetzgebungs- oder Politikgestaltungstätigkeiten, bei denen es sich auch um Zuständigkeiten handelte, die im Rahmen der ANP zu erfüllen wäre (NMC).</p>	<p>aber auch in schwierige Situation bezüglich Kompetenzüberschreitungen.</p> <p>Fazit</p> <p>Es konnte durch diese Studie daraufhin hingewiesen werden, dass durch ENPs viele APN-Kompetenzen übernommen wurden. ENPs wurden jedoch rein formell viel tiefer eingestuft.</p> <p>Doch selbst, wenn die ENPs über die notwendigen Kenntnisse und Qualifikationen verfügten, erlaubten veraltete Infrastrukturen und Kontrollen ihnen nicht die Befugnis, autonom zu praktizieren.</p> <p>Ebenfalls war es für ENPs schwierig ihre Aufgaben zu erfüllen, wenn andere Berufsgruppen nicht über ihre Kompetenzen informiert waren. Daher sollte eine einheitliche Regulierung für ENPs erlangt werden.</p>
---	---	---	---

Kritische Würdigung der Studie 3

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Durch verschiedene Literaturen wurde genauestens dargelegt, weshalb eine Klärung der Fragestellung für die Praxis relevant ist.</p> <p>Die Problembeschreibung erschien logisch und wurde prägnant beschrieben.</p> <p>Die Forschungsfrage wurde konkret ausformuliert und wurde in drei Unterfragen unterteilt. Durch die Unterteilung wurde explizit dargelegt, welche Ziele verfolgt wurden.</p>	<p>Design Das Design erschien in Bezug auf die gestellten Fragestellungen sinnvoll gewählt. Wie das Design genau benannt wurde, konnte jedoch nicht ausgemacht werden.</p> <p>Sample Die Stichprobe wurde klar aufgezeigt. Mit n=60 war die Population für die Studie eher gering. Da aber 70% der Fragebögen zurückgesandt wurden, konnte von einer ausreichenden Rücklaufquote gesprochen werden. In Anbetracht dessen, dass die Population sich nur auf diese Stationen bezog, erschien die Stichprobe ausreichend.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung wurde kurz und prägnant dargelegt. Der Leser erhielt eine Vorstellung davon, was ungefähr gemacht wurde. Jedoch wäre in einer Studie zu erwarten, dass das genaue Verfahren der Erhebung genauer deklariert werden sollte. Da die Fragebögen für alle gleich waren und diese selbständig ausgefüllt wurden, konnte von einem Verfahren gesprochen werden, welches für alle gleich war.</p> <p>Messverfahren Die Verwendung des SPSS für die quantitativen Anteile wurde klar benannt. Für die offenen Fragen wurden deskriptive Statistiken verwendet. In Bezug auf diese fehlten weitere Informationen, welche beschrieben, was genau gemacht wurde. Durch die Verwendung des SPSS, sowie deskriptiver Statistiken konnte davon ausgegangen werden, dass diese Verfahren valide und reliabel waren. Die Verwendung der Messverfahren wurde durch die Forschenden nicht begründet, erschien aber sinnvoll in Anbetracht der Ergebnisse.</p> <p>Datenanalyse Die Datenanalyse wurde ebenfalls nur kurz und prägnant bekannt gegeben. Es fehlten genau Angaben dazu, welche deskriptiven Statistiken verwendet wurden und wie genau die Skalierung der Fragen im Fragebogen war. Ebenfalls wäre es spannend einen Fragebogen im Anhang der Studie einsehen zu können.</p> <p>Ethik Das Einverständnis einer Ethikkommission wurde eingeholt. Ebenfalls wurde erwähnt, dass sich die Forschenden Überlegungen zur Anonymität und freiwilligen Teilnahme gemacht hatten. Die Forschenden und Teilnehmenden schienen keinen direkten Kontakt gehabt zu haben und konnten daher nicht beeinflusst werden. Der Informed Consent wurde nicht speziell erwähnt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden spezifisch auf die Fragestellungen in einem Fliesstext, sowie tabellarisch dargestellt. Die wichtigsten Eckdaten wurden prägnant hervorgehoben. Gewisse Resultate wurden zusätzlich in Tabellen und Darstellungen aufgezeigt, welche selbst erklärend waren.</p>	<p>Die Diskussion stand in einem direkten Bezug zu den Ergebnissen. Es wurden weiterführende Literaturen beigezogen, welche die Ergebnisse in der Diskussion noch untermauerten. Es wurden verschiedene Lösungsansätze angesprochen und generelle Vorschläge zu Verbesserung der Praxis gemacht. Die Überlegungen wurden differenziert und vorausschauend dargelegt.</p> <p>Die Diskussion wurde im Gesamten konkret auf die Fragestellungen ausgerichtet.</p> <p>Fazit Die Schlussfolgerungen waren klar und prägnant ausformuliert. Es wurde konkret auf weitere Schritte hingewiesen, welche eingeleitet werden könnten. Auch wurde konkret auf Limitationen hingewiesen, welche für die Studie relevant waren.</p>

Einschätzung der Güte der Studie 3

Gütekriterien des quantitativen Forschungsdesigns nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität der Studie war gegeben, da die Teilnehmenden die Fragebögen selbständig und ohne Einfluss der Forschenden ausfüllen konnten. Von den Forschern wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnehmenden anonym und freiwillig teilnehmen konnten. Ebenfalls wurde ihnen der frankierte Briefumschlag schon vorab beigelegt. In der Studie gibt es keinen Hinweis darauf, dass die Objektivität durch weitere Drittpersonen beeinflusst wurde.

Die Reliabilität wurde dadurch gesichert, dass bei einer Wiederholung der Studie mit demselben Fragebogen ein vergleichbares Resultat erzielt werden könnte. Es wäre zudem sehr spannend diesen Fragebogen in einem grösseren Setting im Einsatz zu sehen.

Das gewählte Studiendesign wird im Kontext als valide (Validität) erachtet, da die Forschungsfrage dadurch explizit beantwortet werden konnte. Anhand der Ergebnisse der Umfrage kann festgestellt werden, dass der Fragebogen gemessen hat, was gemessen werden sollte.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels der Studie 3 nach DiCenso et al. (2009)

Die Studie 3 ist eine Einzelstudie und befindet sich auf dem untersten Level der 6 S Pyramide.

Studie 4: The evolution of the role of the emergency nurse practitioner in Scotland: a longitudinal study.

Referenz: Fotheringham, D., Dickie, S. & Cooper, M. (2011). **Land:** Schottland.

Zusammenfassung der Studie 4

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung</p> <p>Die meisten NPs in Schottland waren, laut Fotheringham et al. (2011) in Notfallstationen tätig. Bereits im Jahre 1998 wurde in Schottland per Umfrage erforscht, wie ENP Rolle ausgesehen hat. Damalige Tätigkeitsfelder waren vor allem im Management von kleinen distalen Extremitäten-Traumata, sowie im Wundmanagement verankert. Zusätzlich wurde in einer Erhebung herausgefunden, dass durch ENPs eine höhere Patientenzufriedenheit und eine bessere klinische Dokumentation resultierte, denn ENPs waren beispielsweise im Vergleich zu Ärzten fokussierter auf eine verständliche Patientenedukation.</p> <p>Ziel</p> <p>Das Ziel der Studie war es im 2009 einen erneuten Blick in den Arbeitsbereich einer ENP zu werden, um herauszufinden, wie politische, sowie berufliche Veränderungen die Entwicklung der ENP-Rolle und des Pflege-Berufes beeinflusst haben.</p>	<p>Ansatz / Design</p> <p>Gemeinsam mit der Erstbefragung 1998 ergab sich durch diese Zweitbefragung eine Längsschnitterhebung zu ENPs in Schottland. Der Fragebogen von 2009 enthielt die Fragen von 1998 inklusive weniger zusätzlicher Fragen.</p> <p>Population</p> <p>Alle (E)NP auf Schottischen Notfallstationen.</p> <p>Sample (n = 446)</p> <p>ENPs, welche in 93 angeschriebenen Notfalldepartementen in Schottland, sich freiwillig zur Verfügung stellten.</p> <p>Messinstrument - Fragebogen</p> <p>Semistrukturierter Fragebogen.</p> <p>Der Fragebogen von 1998 enthielt 11 geschlossene und 3 offene Fragen, der aktualisierte Fragebogen vom 2009 enthielt 20 geschlossene und 2 offene Fragen.</p> <p>Die Fragen bezogen sich auf das Notfalldepartement, das Pflegepersonal, die Ausbildung zur NP und die Rolle einer NP. Die zwei offenen Fragen wurde an die Stationsleitungen der jeweiligen Departemente gerichtet (Vor- und Nachteile von ENPs). Die zwei neuen Fragen bezogen sich auf die Lohnentwicklung, und auf das Verschreiben von Medikamenten durch ENPs.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Kodierung der Daten der Fragebögen, sowie Datenanalyse mittels SPSS v14.0. Statistische Berechnungen mit Chi-Quadrat-Test für unabhängige Stichproben oder dem Fishers exakt Test.</p> <p>Ethikgenehmigung</p> <p>Durch Ethikausschuss einer Schottischen Uni.</p>	<p>Ergebnisse 2009 versus (1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55 (89%) Notfall-Departemente Schottlands, hatten ENPs eingeführt → 446 ENPs (306 ENPs in 43 Departementen) • in 43 Departementen hatte ENP eine Doppelrolle, in 12 Departementen wurden ENP Rollenspezifisch eingestellt. • Rollentitel: 37 von 55 Departemente benannten ENPs ihrer Funktion entsprechend • Ausbildung: 50% der Departemente setzen 2-3 Jahre Berufserfahrung vor Beginn der Nurse Practitioner Ausbildung voraus. 25% setzen sogar 5 Jahre voraus. • Rolle der NP: 71% der Departemente hatten schriftliche Richtlinien bezüglich Patientenmanagement durch ENP (waren es noch 91% der Departemente) Fig. 2: Verletzungen, die häufig durch ENP versorgt wurden. Fig. 3: ENP-Versorgung bei leichteren Krankheiten. • Röntgenverordnung und -Interpretation durch ENPs: 80% der Departemente hatten Verordnungs-Erlaubnis für ENP, 73% geben ENPs Erlaubnis zur alleinigen Interpretation. (47% Departemente hatten Verordnungs-Erlaubnis, 14 % gaben Erlaubnis zur Interpretation) • Medikamente verordnen: 33 der Notfall-Departemente, hatten einzelne ENP spezifisch ausgebildet. 63% der ENPs → Verordnung nach Standard der Patientengruppe. <p>Vor und Nachteile der ENP Dienstleistung</p> <p>Beantwortet durch die Stationsleitung</p> <p>Vorteile (viele):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenmanagement (Kontinuität, Qualität & Reaktion+) 2. Dienst: kürzere Wartezeiten, lokale Versorgung, schnellere Reaktion und Organisation intern ++ 3. Beruf: Autonomie, Motivation und Interdisziplinarität ++ <p>Nachteile (wenige):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dequalifizierung von ENPs und anderem Personal auf Notfallstationen 2. Diskrepanzen Gehaltsniveaus und Richtlinien. 	<p>Einsatzbereich der ENPs lag hauptsächlich in der Behandlung von kleineren Verletzungen → Kompetente Ausführung. Im Vergleich zum Jahr 1998 wurde festgestellt, dass aufgrund von Out-Of-Hours-Diensten, die Entwicklung der ENP-Rolle Fortschritte erzielt hatte.</p> <p>Weiter konnte festgestellt werden, dass zu den normalen Notfall-Pflegefachpersonen, einige wenige ENPs zu einem besseren Gehalt und in Kombination mit einer Manager Funktion angestellt wurden. Dies zeigte sich anhand der wenigen ENPs in Teams, welche Medikamente verschreiben durften und auch darin, dass diese besser bezahlt und meist mit einem Advanced Practitioner betitelt worden sind.</p> <p>Aus der Studie ging jedoch nicht klar hervor, ob die wenigen ENPs mit einem Master in Pflegewissenschaften, die genannten Zusatzfunktionen innehatten oder nicht.</p> <p>Auch wurde diskutiert, dass die NP-Rolle in Schottland bis dahin nicht an einen Master gekoppelt war und die ENPs keine homogene Gruppe darstellten. Seit 2010 soll das Masterniveau für ENPs künftig als Voraussetzung gelten.</p> <p>Fazit</p> <p>Diese Längsschnitterhebung konnte aufzeigen, wie die Pflegepraxis der ENPs in Schottland auf politische und soziale Veränderungen reagiert hatte.</p>

Kritische Würdigung der Studie 4

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Wahl der Studie</p> <p>Die Studie beschäftigte sich mit dem Arbeitsbereich von ENPs und ist somit passend zur Fragestellung in der vorliegenden Bachelorarbeit.</p> <p>Es wurden keine klaren Forschungsfragen ausformuliert, jedoch geht aus dem Text hervor, was das Ziel der Studie sein sollte.</p> <p>Das Thema wurde anhand empirischer Literatur hergeleitet und begründet.</p>	<p>Design</p> <p>Das Design der Längsschnitterhebung scheint angemessen gewählt im Bezug auf das Ziel der Studie. Durch den standardisierten Fragebogen, waren die Bedingungen für alle Teilnehmenden vergleichbar. Die Rücklaufquote lag 1998 bei 83% und 2009 bei 63 Prozent.</p> <p>Sample</p> <p>Die Stichprobe wurde im Methodenteil nicht genau beschrieben, sie war allerdings spezifisch gewählt, da die Umfrage auf diverse identifizierten Notfallstationen und Abteilungen in Schottland versendet wurde. Bei einer guten Rücklaufquote (Studie basiert auf Freiwilligkeit) wäre das Sample somit aussagekräftig für die Population.</p> <p>Validität des Fragebogens</p> <p>Die semistrukturierten Fragebögen wurden beide Male von zwei Akademikern gesichtet, die nicht in die Forschung selbst involviert waren. Zusätzlich fand eine Evaluation der Fragebögen im Rahmen einer Pilotstudie auf englischen und walisischen Notfallstationen statt.</p> <p>Die inhaltliche Validität wurde überprüft, indem die Befragten der Pilotstudie gebeten wurden, einen Kommentar zum Inhalt des Fragebogens zu machen. Die Pilotstudie ergab, dass mehrere kleine Änderungen vorgenommen wurden, um einige Fragen zu konkretisieren.</p> <p>Zur Reliabilität des Fragebogens erfolgten in der Studie keine Angaben. Da der Fragebogen der Studie nicht angefügt ist, kann man sich diesbezüglich auch kein Bild verschaffen.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Verfahren der Datenanalyse wurden erwähnt aber nicht im differenziert beschrieben. Die Anwendung der statistischen Tests erscheint sinnvoll, da die Zusammenhänge zwischen zwei unabhängigen Stichproben (nominal skaliert) untersucht wurden. Zusätzlich kam der Fishers exakt Test zum Einsatz, sofern die Regeln des Chi-Quadrat-Tests verletzt worden wäre.</p> <p>Es wurde kein Signifikanz-Niveau festgelegt, ebenfalls fand keine konkrete Auflistung bezüglich der zu untersuchenden unabhängigen Stichproben statt.</p> <p>Ethik</p> <p>Eine Genehmigung bei einem Universitären Ethikausschuss wurde eingeholt. Ethische Fragestellungen wurden keine diskutiert.</p>	<p>Die Berechneten Daten sind schwer beurteilbar, da konkrete Angaben der zwei unabhängigen Stichproben (1998 und 2009) fehlen, dennoch werden sie in Klammern aufgeführt. Zusätzlich wurden keine demografischen Daten erhoben, was die Interpretation hinsichtlich des Ausbildungsniveaus der ENPs verunmöglicht.</p> <p>Die Ergebnisse wurden thematisch geordnet und in Textform erläutert. Ergänzend, sowie für eine differenziertere Darstellung wurden die Resultate teilweise auch in Tabellen und in Graphiken illustriert. Die Beschriftung der Tabellen und Figuren sind vollständig und gut verständlich.</p> <p>Die Daten von 2009 wurden nachvollziehbar mit den Ergebnissen von 1998 verglichen. Zusätzlich wurde der Prozentsatz der Departemente, sowie deren Anzahl ENPs berechnet.</p>	<p>Im Diskussionsteil wurden nicht alle Ergebnisse diskutiert. Dennoch werden viele Themen erwähnt und mit Aussagen von anderen Forschenden verglichen oder mit deren Referenzen belegt.</p> <p>Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse mit Vorsicht anzuschauen wären, da die Rollen-Bezeichnung der ENP/NP in Schottland zum Zeitpunkt der Erhebung nicht geschützt waren.</p> <p>Limitationen:</p> <p>Es wurde auf die kleine Rücklaufquote im 2009 hingewiesen und die Vermutung in den Raum gestellt, dass der Fragebogen gegebenenfalls auch von unterschiedlich qualifiziertem Personal ausgefüllt worden sein könnte, da der Begriff NP nicht einheitlich behandelt wurde.</p> <p>Fazit</p> <p>Die Studie müsste für Länder in denen die NP Rolle ebenfalls auf natürlichem Weg entstanden ist aussagekräftig sein.</p> <p>Zu weiterem Forschungsbedarf wurden keine Angaben gemacht.</p>

Einschätzung der Güte der Studie 4

Quantitative Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität ist gegeben, da das Ausfüllen des Fragebogens unabhängig vom Einfluss der Forschenden war.

Die Reliabilität wurde dadurch gewährleistet, dass bei einer Wiederholung der Studie mit denselben Fragebogen ein vergleichbares Resultat erzielt werden könnte. In der Studie wurden keine konkreten Angaben zur Reliabilität des Fragebogens gemacht. Es kann davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der Überprüfung der Validität mittels einer Pilotstudie auch die Reliabilität des Fragebogens angeschaut worden ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen für die Erfassung der Daten einer Längsschnittstudie müsste der Fragebogen aufgrund der fast identischen Fragen in Bezug zur ersten Umfrage reliabel sein.

Die Validität des Fragebogens ist gegeben, da der Fragebogen nach einer Pilotstudie spezifisch überarbeitet und im Anschluss von den Forschenden als valide befunden wurde. Zudem scheint der Fragebogen hinsichtlich der Ergebnisse gemessen zu haben, was gemessen werden wollte.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels der Studie 4 nach DiCenso et al. (2009)

Die Studie 4 ist eine Einzelstudie und befindet sich auf dem untersten Level der 6 S Pyramide.

Studie 5: Nurse practitioners performing procedures with confidence and independence in the emergency care setting.

Referenz: Campo, T., McNulty, R., Sabatini, M. & Fitzpatrick, J. (2008). **Land:** USA.

Zusammenfassung der Studie 5

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen und Ziel</p> <p>in der USA steigt der Bedarf an Nurse Practitioner (NP) auf Notfallstationen (ECS). Grund hierfür sind die Überbevölkerung, Krankenhausschliessungen, steigende Zahlen an nicht versicherten Patientinnen und Patienten, die hohen gesetzlichen Anforderungen etc. Es konnte aufgezeigt werden, dass NP die Patientenzufriedenheit steigern, Wartezeiten reduzieren, Betreuungskosten senken und Prozesse effizienter gestalten.</p> <p>Dennoch ist die Ausbildung von NP im ECS nicht einheitlich, sowie die verschiedenen Kompetenz- und Aufgabenbereiche. Es besteht klar ein Bedarf darin, die Rolle, Kompetenzen und Aufgabenbereiche von NP auf Notfallstation zu klären und zu vereinheitlichen.</p> <p>Das Ziel der Studie bestand darin, die Verfahren/die Ausbildung zu beschreiben, die von NPs im ECS verwendet werden, sowie das Maß an Unabhängigkeit und Vertrauen, das NPs über die Durchführung dieser Verfahren berichten.</p> <p>(1) Wie hoch war die Häufigkeit von Verfahren, die von NPs in der ECS durchgeführt wurden?</p> <p>(2) Wie häufig haben die NP die identifizierten Verfahren</p>	<p>Ansatz / Design</p> <p>Es wurde eine beschreibende Querschnittsstudie mit einem Online Fragebogen durchgeführt.</p> <p>Population</p> <p>Als Population wurden alle in den USA arbeitenden Nurse Practitioner angesehen, welche im ECS arbeiteten.</p> <p>Sample</p> <p>Die Population wurde aus der Datenbank der American Association of Nurse Practitioners (AANP) ausgewählt. Die NP mussten im ECS arbeiten, ihre E-Mailadresse angegeben haben, in den USA arbeiten und konnten freiwillig teilnehmen (n=423).</p> <p>Rekrutierung</p> <p>Die Umfrage wurde durch die AANP versandt, damit die Anonymität der Teilnehmenden geschützt werden konnte.</p> <p>Viele Teilnehmende meldeten sich, ob andere Mitarbeiter den Link ebenfalls erhalten könnten. Daher gestattete das Gremium ein Schneeballsystem. Dementsprechend konnten Teilnehmende den Link zu der Umfrage an andere Mitarbeiter im ECS weiterleiten.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Die demografischen Daten wurden durch Fragen nach Alter, Geschlecht, ethnischen Hintergrund, Arbeitserfahrung als Registrierte Nurse (RN), Arbeitserfahrung als NP im ECS, Zertifizierungsbereich, Praxisort, Setting und das Bildungsniveau erfasst.</p> <p>Die Aktivitäten wurden durch einen Fragebogen (71 Aktivitäten) erfasst. Die NP mussten jeder der 71 Aktivitäten hinsichtlich Häufigkeit der Durchführung, Unabhängigkeit der Durchführung, wo erhielt der NP die mehrheitliche Ausbildung und Konfidenzniveau bei der Durchführung. x</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Datenanalyse wurde durch externe Prüfer durchgeführt. In Rücksprache mit den Erfindern dieses Fragebogensystems (Ramirez und Cole) wurden teils Spalten bei der Auswertung weggelassen. Es fand eine Berechnung in Prozenten statt, welche die Häufigkeit darstellen sollte.</p>	<p>Die Ergebnisse zeigten auf, dass alle 71 Aktivitäten durchgeführt wurden.</p> <p>(1) Wie hoch war die Häufigkeit von Verfahren, die von NPs in der ECS durchgeführt wurden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluorescein staining n=403 - Single-layer closure of extremity or trunk n=399 - Incise and drain abscess n=388 - Inject local anesthetics n=386 - Remove foreign body from soft tissue n=380 <p>Diese 5 Interventionen wurden durch die NP am häufigsten durchgeführt (40-83%).</p> <p>(2) Wie häufig haben die NP die identifizierten Verfahren unabhängig & direkt überwacht durchgeführt?</p> <p>Die meisten Tätigkeiten wurden mehrheitlich selbstständig durch die NP durchgeführt. Teils Aktivitäten wurden überwacht.</p> <p>(3) Wo erhielten die NP die Mehrheit der Ausbildung für die Durchführung der identifizierten Verfahren im ECS?</p> <p>Die Tätigkeiten wurden fast alles auf der Arbeit erlernt. Die NPs erhielten zuvor meist eine Ausbildung hierzu (NP-Programm).</p> <p>(4) Wie zuversichtlich waren die NPs, die identifizierten Verfahren im ECS durchzuführen?</p> <p>In den Tabellen wurde genau ersichtlich, dass die NP ein gutes Selbstvertrauen aufwiesen. Aktivitäten wurden nur ganz selten</p>	<p>Die in der Studie teilnehmenden Personen waren durchschnittlich 47 Jahre alt und hatten schon 2 Jahre Berufserfahrung als RN, bevor sie NPs wurden. Ebenso hatten die Mehrheit der Teilnehmenden einen Masterabschluss und kamen aus dem urbanen Raum. Fraglich ist: Kann aufgrund dieser Fragestellung, dass das Sample zu homogen gewählt wurde?</p> <p>Es wurde durch die Forschenden darauf hingewiesen, dass Wiederholungen der Studie durchgeführt werden sollten, um die Qualität zu verbessern.</p> <p>Nicht nur eine Datenbank zur Rekrutierung sollte verwendet werden, die Umfrage sollte nicht nur elektronisch ausgefüllt werden und die Teilnehmenden sollten bezüglich der demografischen Daten etwas breiter gestreut sein.</p> <p>Fazit</p> <p>Um die wachsende Rolle von NPs zu unterstützen, sollten weitere Studien in diesem Rahmen durchgeführt werden. Es konnte konkret aufgezeigt werden, dass je häufiger die Verfahren durchgeführt wurden, desto selbstbewusster und unabhängiger führten NPs die Verfahren durch. Der Großteil der</p>

<p>unabhängig & direkt überwacht durchgeführt?</p> <p>(3) Wo erhielten die NP die Mehrheit der Ausbildung für die Durchführung der identifizierten Verfahren im ECS?</p> <p>(4) Wie zuversichtlich waren die NPs, die identifizierten Verfahren im ECS durchzuführen?</p>		<p>durchgeführt, obwohl die Pflegenden sich nicht genügend kompetent fühlten.</p>	<p>Ausbildung erfolgte durch Training/Ausbildung am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass möglicherweise mehr Verfahren in den NP-Programmen in den Vereinigten Staaten gelehrt werden müssen.</p>
---	--	---	--

Kritische Würdigung der Studie 5

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Einleitung, sowie der Bezugsrahmen wurden in dieser Studie sehr ausführlich dargelegt und mit verschiedenen weiterführenden Literaturen hinterlegt.</p> <p>Das Ziel der Studie und ebenfalls die Fragestellungen wurden genau ausformuliert.</p> <p>Der Praxisbezug wurde aufgezeigt und erläutert. Man erhielt einen guten Eindruck davon, was die Prioritäten der Forschenden darstellten.</p>	<p>Design</p> <p>Das Design der Studie wurde einmalig erwähnt und anschliessend durch die Forschend genauestens erklärt. Die Lesenden erhielten einen guten Eindruck davon, was die Überlegungen der Forscher waren und welche Schritte durchgeführt wurden. Durch das gewählte Design erhielt man einen Überblick über die einmalig gemessenen Werte.</p> <p>Demografische Daten</p> <p>Die demografischen Daten wurden ebenfalls per Fragebogen erfasst und tabellarisch in der Studie dargestellt. Dadurch erhielt der Leser einen Eindruck davon, was für Teilnehmende in die Studie eingeschlossen wurden.</p> <p>Sample</p> <p>Das Sample repräsentierte die Zielpopulation genau. Die Ergebnisse konnten daher auf die ganze Population bezogen werden. Die Stichprobengrösse war mit n=423 grosszügig. Es wurde aufgrund des gewählten Designs keine Vergleichsgruppe oder anderes erstellt.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Die Datenerhebung eignete sich gut, um die Forschungsfrage zu beantworten. Es konnte aufgrund des Fragebogens davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden alle die gleichen Voraussetzungen erfüllten und kein Interessenkonflikt entstand. Im Fliesstext wurde explizit erwähnt, weshalb und wie viele der Teilnehmenden ausgeschlossen wurden oder wie viele Fragen nicht von allen beantwortet wurden.</p> <p>Messverfahren</p> <p>Das Messverfahren wurde von den Experten (Ramirez und Cole) als valide eingeschätzt. Die Reliabilität wurde durch diese beiden Experten nicht getestet. Das Messverfahren schien aufgrund dessen, dass es ein Fragebogen war, reliabel zu sein. Die Wahl des Messverfahrens erschien in Bezug auf die Fragestellung geeignet zu sein.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Datenanalyse wird sehr differenziert beschrieben. Es wird jedoch nicht darauf eingegangen, welches Programm hierfür verwendet wurde.</p> <p>Die statistischen Verfahren wurden soweit beurteilbar sinnvoll eingesetzt, da die daraus berechneten Ergebnisse signifikant erschienen.</p> <p>Ethik</p> <p>Es wurden in der Studie keine expliziten Äusserungen bezüglich der Ethikgenehmigung gemacht. Da die Studie aber in Zusammenarbeit mit der AANP gemacht wurde, könnte man davon ausgehen, dass sicherlich eine Genehmigung eingeholt wurde. Lediglich die Anonymität der Teilnehmenden wurde erwähnt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden sowohl in einem Fliesstext, als auch in Tabellen dargestellt. Die Tabellen wurden mit Legenden versehen, welche in Kombination mit dem Fliesstext die gesamten Ergebnisse erklärten.</p> <p>Die Ergebnisse wurden aufgrund des Designs und Auswertung sinnvoll und nachvollziehbar aufgezeigt.</p>	<p>Die Diskussion könnte die einzelnen Resultate etwas konkreter besprechen. Dennoch stimmen die Interpretationen mit den Ergebnissen überein und machen Empfehlungen für die Zukunft und Praxis.</p> <p>Es wurden auch Überlegungen für weitere Studien aufgezeigt.</p> <p>Fazit</p> <p>Diese Studie war laut den Forschenden sinnvoll, sollte aber in einer vertieften Form erneut durchgeführt werden, um den Blickwinkel etwas zu erweitern. Die Studie könnte auch für andere Settings in einer angepassten Form umgesetzt werden.</p>

Einschätzung der Güte der Studie 5

Gütekriterien des quantitativen Forschungsdesigns nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität der Studie war gegeben, da die Teilnehmenden den Fragebogen anonym ausfüllen konnten. Ebenfalls stand es den Teilnehmenden frei darauf zu verzichten.

Die Reliabilität sollte dadurch gesichert sein, dass bei einer Wiederholung der Studie mit demselben Fragebogen ein vergleichbares Resultat erzielt werden könnte. Es wurde durch die Forschenden aber darauf hingewiesen, dass Cole und Ramirez die Zuverlässigkeit nicht mehr überprüft haben. Der Fragebogen wurde in der Studie als zuverlässig beschrieben und wurde zusätzlich von den Experten als valide eingeschätzt. Das gewählte Studiendesign wird im Kontext als valide erachtet und ist sinnvoll gewählt. Anhand der Ergebnisse der Umfrage kann festgestellt werden, dass der Fragebogen gemessen hat, was gemessen werden sollte.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels der Studie 5 nach DiCenso et al. (2009)

Die Studie 5 ist eine Einzelstudie und befindet sich auf dem untersten Level der 6 S Pyramide.

Studie 6: Developing nurse practitioner treatment competencies in emergency care settings.

Referenz: Ramirez, E. G., Tart, K. & Malecha, A. (2006). **Land:** USA.

Zusammenfassung der Studie 6

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung</p> <p>Die Emergency Nurses Association (ENA), widmet sich als nationale Vereinigung in Amerika der Förderung einer professionellen Pflegepraxis in Notfallstationen. Dabei wurde festgestellt, dass bis anhin noch keine spezifischen Kompetenzen von der ENA, für Pflegefachpersonen in Notfallstationen, definiert oder festgehalten worden sind.</p> <p>Bezugsrahmen</p> <p>Der konzeptuelle Bezugsrahmen, der Studie gründete auf der ‚Model-Based Practice Analysis and Test Specification‘ von Michael Kane. Die vorliegende Studie setzte den Fokus auf die Aufgaben-Analyse und evaluierte die psychometrischen Eigenschaften des ‚Nurse Practitioner Treatment Competency Instruments (NPTCI)‘. Mit dem NPTCI konnten dann die Aktivitäten und Behandlungskompetenzen von Nurse Practitioners (NPs) in der Notfallversorgung untersucht werden.</p> <p>Ziel</p> <p>Den Aufgabenbereich der NPs in der Notfallversorgung zu definieren, indem deren Kompetenzen untersucht wurden.</p>	<p>Design</p> <p>Es handelte sich um ein deskriptives Studiendesign (quantitativ, Beobachtungsstudie, Querschnitt), dessen Wahl nicht begründet wurde.</p> <p>Population :</p> <p>ENPs (n = 128) /Acute Care Nurse Practitioners (ACNP, n = 3'000) / Family Nurse Practitioners (FNPs, n = 29'000).</p> <p>Sample national:</p> <p>Zwei verschiedene Gruppen von NPs.</p> <p><u>Gruppe 1:</u> Randomisierte Auswahl von NPs, welche zum Zeitpunkt der Auswahl beim American Nurses Credentialing Center zertifiziert waren. Mischung aus Akut-Pflege NPs (ACNPs, n = 500) und Familien NPs (FNPs, n = 1'160), ein Teil der NPs war auch in Notfallpflege ausgebildet.</p> <p><u>Gruppe 2:</u> Rekrutierung aus der Alumni der ENPs. (n = 128), Stichprobe entsprach der ENP Population</p> <p>Fragebogen: Messinstrument (NPTCI)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhebung demografischer Daten 2. Analyse relevanter Kompetenzen (5 Arbeitsbereiche). Diese wurden von den Kompetenzen der National Organisation of Nurse Practitioner Faculties (NONPF) für FNPs und ACNPs abgeleitet. <ol style="list-style-type: none"> 1. Assessments durchführen, 12 Fragen 2. Behandlungsplan entwickeln, 34 Fragen 3. Behandlungsplan implementieren, 34 Fragen 4. Medikamente verschreiben, 5 Fragen 5. Geräte handhaben, 4 Fragen 4-Punkt Likert-Skalen dienten zur Beantwortung der Fragestellungen (relevant bis sehr relevant im Praxisalltag). <p>Jeder Fragebogen wurde mit einer Nummer codiert.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Teilnahme basierte auf Freiwilligkeit, adressiertes Retourcouvert,</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die ausgefüllten Fragebogen wurden verifiziert und mittels SPSS konvertiert. Es wurde eine Faktorenanalyse gemacht.</p> <p>Keine Angaben zu ethischen Fragestellungen oder Genehmigungen.</p>	<p>Demografische Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> • NP Sample (n = 582). <p>Die meisten NPs durften Medikamente verschreiben und arbeiteten in ärztlicher Aufsicht. 9.1%. davon arbeiteten in Notfallstationen, 4.6 % Notfallzentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> • ENP Sample (n = 42) <p>22 ENPs arbeiteten auf einer Notfallstation, 5 in einer Notfallversorgung.</p> <p>Cronbachs Alpha Zuverlässigkeits-Koeffizient</p> <p>Aus den 89 Fragen des NPTCI ergab sich ein Cronbach's Alpha von 0.956, womit die Reliabilität des NPTCI bestätigt werden konnte.</p> <p>Zentrale Ergebnisse der Studie</p> <p>Neue Konstrukte, welche durch die Faktorenanalyse identifiziert wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klinischen Behandlungsplan ausführen 2. Ganzheitlichen Behandlungsplan umsetzen 3. Gesundheitsförderung und Prävention, sowie Patientenedukation 4. Behandlung von Frauen und Kindern, 5. Invasive Verfahren ausführen. <p>Die Cronbach's Alphas lagen für alle 5 Konstrukte innerhalb von 0.70 → bedeutete eine signifikante Reliabilität</p> <p><u>Relevante Fragen/Kompetenzen für ENPs</u></p> <p>Die evaluierte Kompetenzen-Liste wurde somit auf 49 Kompetenzen reduziert.</p>	<p>Fragebogen</p> <p>Der Fragebogen wurde von den Teilnehmenden nicht einheitlich ausgefüllt, teilweise wurden Kreuze anstelle von Kreisen getätigt --> Schwierigkeiten beim Einlesen der Daten am Computer</p> <p>Zuverlässigkeit</p> <p>Die hohe Reliabilität wurde darauf zurückgeführt, dass einzelne Kompetenzen / Fragen, aus bereits überprüften Kompetenzen für NPs abgeleitet wurden</p> <p>Relevanz der ENPs</p> <p>Nicht relevante Kompetenzen für die ENPs betrafen meist spezifisch invasive Verfahren und Technologien zur Erhaltung der physiologischen Funktion. Ursache dafür wird in der Verrechnung gesehen, da diese Interventionen, nur von Ärzten abgerechnet werden können.</p> <p>Fazit</p> <p>ENPs brauchen eine spezifische Ausbildung. Diese soll auf der Basis der erhaltenen Daten aufgebaut werden. Als Grundausbildung soll die Ausbildung zur FNP oder ACNP bestehen bleiben. Zusätzlich wird ein Post-Master-Programm mit Ausrichtung Notfallpflege erörtert.</p>

Kritische Würdigung der Studie 6

Einleitung	Methode	EErgebnisse	Diskussion
<p>Diese Studie ist relevant für die vorliegende Bachelorarbeit, da sie den Aufgabenbereich von NPs in Notfallstationen, da durch die Identifikation spezifischer NP-Kompetenzen den Aufgabenbereich von NPs in Notfallstationen definieren wollte.</p> <p>Forschungsfragen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wie ist die Interne Reliabilität des NPTCI (gemessen über den Cronbachs Alpha Reliabilitäts-Koeffizient)? 2) Ist das NPTCI, so wie die Struktur des Instruments konstruiert wurde, valide (Bestimmung mittels Faktorenanalyse)? 3) Welche Kompetenzen, im NPTCI, waren für die Emergency Nurse Practitioner (ENP) relevant? <p>Das Thema und die Begründung für die Studie, wurde differenziert dargestellt. Quellenangaben zu empirischer Literatur, sowie die Grundsätze des Modells von Kane (1997), wurden aufgeführt und kurz erklärt.</p>	<p>Design</p> <p>Die Wahl der Beobachtungsstudie erscheint sinnvoll für die Beantwortung der Forschungsfragen, da mit diesem Design eine Sachlage mit Zahlen dargestellt werden konnte. Zusätzlich wurden zwei Gruppen von NPs ausgewählt, um deren Unterschied zu ermitteln.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Die Stichprobenziehung erscheint sinnvoll, alle ENPs wurden mit eingeschlossen zusätzlich, um die Mindestanzahl für die Stabilität der Faktorenanalyse zu gewährleisten, wurden andere NPs miteingeschlossen, welche zum Teil auch schon Erfahrungen in der Notfallpflege gesammelt hatten.</p> <p>Messinstrument (NPTCI)</p> <p>Die inhaltliche Validität wurde von einem sechsköpfigen Expertengremium in den Spezialbereichen FNP, ACNP und ENP festgelegt. Die Zuverlässigkeit wurde mittels Test und Nachtest überprüft und bestätigt.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Querschnittstudie → sinnvoll für die Erhebung von aktuellen Kompetenzen von NPs in Notfallstationen. Durch den Fragebogen mit den 4-Punkte Likert-Skalen war die Datenerhebung für alle Teilnehmenden vergleichbar. Fehlende oder nicht lesbare Markierungen wurden am Computer spezifisch kodiert.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Verfahren der Datenanalyse wurden knapp beschrieben. Die Fragebogen wurden nur vom Erstuntersucher eingegeben (Kode-Identifikation). Damit sollten Eingabefehler reduziert und Arbeitszeit gespart werden. Die relevanten Kompetenzen wurden extrahiert und auf interne Validität und Zuverlässigkeit überprüft. Zusätzlich fand eine Überprüfung der demografischen Daten aller Teilnehmenden statt.</p>	<p>Ergebnisqualität</p> <p>Die Ergebnisse wirken präzise.</p> <p>Resultate der Faktorenanalyse</p> <p>Werden differenziert beschrieben</p> <p>Darstellung der Ergebnisse</p> <p>Die demografischen Daten und die zentralen Ergebnisse wurden ausführlich und umfassend in Tabellen und in Textform dargestellt.</p> <p>Es wurden jedoch nicht alle anfänglich 89 Kompetenzen in der Studie aufgelistet, auch nicht die 49 Kompetenzen welche sich durch die Faktorenanalyse ergeben haben.</p> <p>Die Tabellen sind korrekt beschriftet und einfach verständlich.</p>	<p>Die Resultate wurden ausführlich diskutiert und erklärt. Ergänzungen zur Relevanz der Kompetenzen aus Sicht der ENP wurden gemacht. Die Aussagen wurden hauptsächlich mit Literatur der NONPF belegt.</p> <p>Weitere Forschungsmöglichkeiten werden aufgezeigt und teilweise begründet.</p>

Einschätzung der Güte Studie 6

Quantitative Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität der Studie ist gegeben, da das Ausfüllen der Fragebogen nahezu unabhängig von anderen Einflüssen getätigt werden konnte. Zudem wurde der Fragebogen für valide und reliabel befunden. Der Fragebogen wird in der Studie als zuverlässig beschrieben und wurde vorgehend von den Forschungspersonen getestet. Validität: Das gewählte Studiendesign, sowie das Messinstrument wurden als sinnvoll und für valide befunden. Aufgrund der erhobenen Daten, sowie der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass gemessen wurde, was gemessen werden wollte.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels der Studie 6 nach DiCenso et al. (2009)

Die Studie 6 ist eine Einzelstudie und befindet sich auf dem untersten Level der 6 S Pyramide.

Studie 7: Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department.

Referenz: Considine, J., Martin, R., Smit, D., Jenkins, J. & Winter, C. (2006). **Land:** Australien.

Zusammenfassung der Studie 7

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen und Ziel</p> <p>In Australien herrscht, wie auch in verschiedenen anderen Ländern, keine klare Regelung bezüglich des Einsatzes von Emergency Nurse Practitioner (ENP). Die Rolle von ENPs sollten auf der Notfallstation des Northern Hospital (TNH) im Rahmen eines Projektes implementiert werden. Aufgrund dieser Implementierung sollten ENPs schliesslich in allen Notfallstationen (ED) etabliert werden. Da der Titel NP in Victoria (Australien) gesetzlich geschützt ist und dem Nurses Board of Victoria unterliegt, sollte der Einsatz der verschiedenen Pflegekräfte erfasst werden. Auf ED in TNH arbeiten Pflegende, welche beispielsweise die Anforderungen eines Nurse Practitioner (NP) nicht gänzlich erfüllen. Diese Pflegenden werden in dieser Studie Emergency Nurse Practitioner Candidate (ENPC) genannt.</p> <p>Das Ziel der Studie Die TNH verfolgte die Strategie, dass die ENP-Rolle evaluiert werden sollte. Hierzu sollte die ENPC-Rolle, das Profil der von der ENPC verwalteten Patientinnen und Patienten und die Häufigkeit in der ENPC erweiterte Aufgaben</p>	<p>Ansatz / Design</p> <p>Als Design wählten die Forschenden eine Kohortenstudie, welches ein beobachtendes Design ist. Hierzu wurde ein prospektiver, explorativer Ansatz verwendet.</p> <p>Population</p> <p>Die Population der Studie stellten alle Patientinnen und Patienten dar, welche zwischen dem 14. Juli 2004 und dem 31. März 2005 von ENPC behandelt wurden (n=476).</p> <p>Sample & Rekrutierung</p> <p>Es wurden die Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen, welche während der benannten Zeitspanne durch ENPCs im ED des TNH behandelt wurden.</p> <p>Datenerhebung & -analyse</p> <p>Es wurde eine, eigens für diese Studie kreierte, ENP- Datenbank verwendet, um Daten zu den von ENPC behandelten Patientinnen und Patienten zu erhalten (Alter, Diagnose, Triage-Kategorie etc.).</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Für die Datenanalyse wurde des SPSS von Windows 13.0 verwendet. Daten der durchführten Studie, wurden mit Daten der Kontrollgruppe, anhand deskriptiver und inferenzstatistischer Daten, verglichen.</p> <p>Die nichtparametrischen Daten wurden unter Verwendung des Chi-Quadrat-Tests, des Wilcoxon-Tests und des Kruskal-Wallis-Tests analysiert.</p> <p>Ethik</p> <p>Die ethische Genehmigung für die Studie wurde durch den Ausschuss für Forschung und Ethik des TNH erteilt.</p>	<p>Im TNH auf der Notfallstation wird ein breites Band an Patientinnen und Patienten behandelt. Die Notfallaufsuchenden, welche von ENPC behandelt werden sind zwischen 8 Monaten bis 88 Jahre alt. Die Mehrheit der von ENPC behandelten Patientinnen und Patienten wurden in der Australasian Triage Scale (ATS) zwischen 4 und 5 kategorisiert. Dies bedeutet, dass sie keine hohe Dringlichkeit aufwiesen (Skala von 1-5). Ebenfalls wurden mehr als 77% der Notfallaufsuchenden, welche durch die ENPC betreut wurden direkt aus dem ED entlassen.</p> <p>Die ENPC widmeten den grössten Teil ihrer Zeit der klinischen Praxis. Weitere Aufgaben und Einsatzbereichen waren das Entwickeln von Leitlinien für die klinische Praxis (ca. 25%), Teilnahme an Schulungen (ca. 15%), Teilnahme an Fachforen und Sitzungen, sowie das Ausbilden von anderen Fachkräften zu ENPCs.</p> <p>Zu den Kompetenzen, welche eine ENPC übernimmt gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medikamenten verschreiben - Bildgebende Verfahren verordnen - Pathologie Tests - Wundberatung - Wundversorgung - Wundversorgung mit Nahtmaterial oder Wundkleber <p>Die Anzahl von Röntgenaufnahmen, sowie die daraus resultierenden Konsequenzen waren vergleichbar zwischen den Notfallmedizinern und den ENPCs. Ebenfalls wurden mehrheitlich Blutuntersuchungen durch ENPCs verordnet, welche für die weitere Diagnostik relevant waren.</p> <p>Die von den ENPC durchgeführten Tätigkeiten entsprachen nach einer Überprüfung immer mit den Empfehlungen der klinischen Praxisrichtlinie überein.</p>	<p>Laut den Forschern wies die Studie einige Limitationen auf.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Die Stichprobe war auf alle Patientinnen und Patienten beschränkt, die während der Datenerhebung von ENPC betreut wurden. (2) Es war nur eine Vollzeit ENPC im ED bei TNH beschäftigt. (3) Ebenfalls sollte die Datenerhebung verlängert werden. <p>Wie zu erwarten war, widmeten die ENPCs ihre meiste Zeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Patientenversorgung - 25% der Zeit für die Entwicklung der Leitlinien für die klinische Praxis (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen und genaue Rollenvorstellung) - Betreuung bei komplexen Situationen (Reanimationssituationen/ Massenanfälle) <p>Aufgrund der Studie machten die Forschenden aber auch die Feststellung, dass die Leitlinien periodisch überarbeitet und angepasst werden sollten.</p> <p>Beispielsweise das Verschreiben von Medikamenten durch ENPCs wurde weiterhin kontrovers diskutiert. Ist dies eine Aufgabe, welche durch ENPCs übernommen werden kann oder</p>

übernehmen.			<p>aber ist eine ärztliche Aufgabe.</p> <p>Fazit</p> <p>Der Bedarf an gut geschulten ENPCs steigt aufgrund der überlaufenden ED an. Kompetenzerweiterung für eben diese Berufsgruppe sollten angestrebt werden, damit diese gewisse Patientengruppen eigenständig betreuen können. Aufgrund dessen müssen genaue Leitlinien für ENPCs aufgearbeitet werden, nach denen sich diese richten können. Daher sollten weitere Studien in diesem Bereich durchgeführt werden.</p>
-------------	--	--	---

Kritische Würdigung der Studie 7

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Sowohl die Einleitung in das Thema der Studie, wie auch der theoretische Bezugsrahmen wurden differenziert erklärt und aufgegleist. Es wurde keine weiterführenden Literaturen angegeben, lediglich der aktuelle Stand im erwähnten Spital bezüglich der ENP wurde aufgezeigt.</p> <p>Das Thema dieser Studie zeigt einen grossen Klärungsbedarf für die Praxis auf und erscheint daher relevant.</p> <p>Das Ziel der Studie wurde klar definiert. Es wurde keine spezifische Forschungsfrage ausformuliert.</p>	<p>Design</p> <p>Das gewählte Studiendesign scheint, aufgrund der zu beantwortenden Forschungsfrage, sinnvoll gewählt zu sein. Weshalb das Design mit diesem Ansatz gewählt wurde, wird durch die Forschenden nicht explizit erklärt.</p> <p>Sample</p> <p>Die Stichprobengrösse war mit $n=476$ sehr gross und kann sicherlich aussagekräftige Ergebnisse, in Bezug auf die Aufgaben von ENPCs und deren Häufigkeit, aufzeigen. Das Sample wurde konkret ausgewählt und beschrieben.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Die Datenerhebung wurde klar erläutert. Es wurde ersichtlich, woher die erfassten Daten bezüglich der Patientinnen und Patienten kamen.</p> <p>Messverfahren</p> <p>Welche Messverfahren verwendet wurden, wurde von den Forschenden genau festgehalten. Die Datenerhebung sollte aufgrund der Daten, welche über die Datenbank erhalten wurden, soweit gleich sein für alle Teilnehmenden. Jedoch war nicht ersichtlich, ob je nach dem wer die Aufnahme machte, nicht auch andere Daten in den Vordergrund rücken könnten. Die Validität und Reliabilität wurde in der Studie explizit erwähnt und auch wurde aufgezeigt welche Experten zu dieser Einschätzung kamen.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Datenanalysen scheinen adäquat eingesetzt worden sein. Die Ausführung in diesem Abschnitt war nicht sehr ausführlich. In Tabellen wurden zusätzlich die Ergebnisse veranschaulicht. Es wurden einzelne Signifikanzniveaus angegeben.</p> <p>Ethik</p> <p>Eine ethische Genehmigung wurde durch die Forschenden eingeholt. Ob und inwiefern die Patientinnen und Patienten über ihre indirekte Teilnahme an der Studie informiert wurden kann aus dem Text nicht entnommen werden.</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie wurden durch die Forschenden ausführlich und prägnant aufgezeigt. Es wurde ausführlich auf die einzelnen Aspekte der Fragestellung eingegangen. Zur vereinfachten Veranschaulichung wurden zudem Tabellen nebst dem Fliesstext hinzugefügt. Diese waren selbsterklärend und prägnant ausgewählt.</p>	<p>Die Diskussion wurde ebenfalls sehr ausführlich beschrieben und ging auf alle Anteile der Studie ein. Die Diskussion regte zum Nachdenken an und schlug Brücken zu Praxis.</p> <p>Die Ausrichtung war direkt auf die Fragestellung ausgerichtet und beantwortet diese spezifisch.</p> <p>Es wurden viele Bezüge zu anderen Studien gemacht, welche das gesamte Bild abrundeten.</p> <p>Fazit</p> <p>Die Schlussfolgerungen wurden kurz und prägnant beschrieben und weisen auf mögliche Verbesserungen hin. Ebenfalls wurde erwähnt, dass weitere Studien bezüglich dieser Fragestellungen durchgeführt werden sollten.</p>

Einschätzung der Güte der Studie 7

Gütekriterien des quantitativen Forschungsdesigns nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Die Objektivität der Studie ist gegeben, da sie unabhängig von anderen Einflüssen ist. Das Interesse ist nicht nur auf dieses Spital ausgerichtet, sondern soll als Grundlage für Australien dienen. In der Studie gibt es keinen Hinweis darauf, dass die Objektivität durch Drittpersonen beeinflusst würde.

Die Reliabilität wird dadurch gesichert, dass bei einer Wiederholung der Studie mit demselben System vergleichbares Resultat erzielt werden können. Die Validität und Reliabilität der Datensammlung wurde explizit durch externe Experten bestätigt.

Das gewählte Studiendesign wird im Kontext als valide und reliabel erachtet. Anhand der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass die Forschenden das gemessen haben, was gemessen werden sollte.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels der Studie 7 nach DiCenso et al. (2009)

Die Studie 7 ist eine Einzelstudie und befindet sich auf dem untersten Level der 6 S Pyramide.